

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS





Paris, — Soc. d'Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 48.3.90.

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PUBLIÉS PAR LES SOINS DES SECRÉTAIRES DE LA SOCIÉTÉ

M. CHAUVEL

Secrétaire général,

ET

MM. S. POZZI ET MARCHAND

Secrétaires annuels.



TOME XV — 1889.

90029

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

—
1889



PERSONNEL

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

COMPOSITION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1889

| | |
|----------------------------------|--------------------|
| <i>Président</i> | MM. LE DENTU. |
| <i>Vice-Président</i> | NICAISE. |
| <i>Secrétaire général</i> .. | CHAUVEL. |
| <i>Secrétaires annuels</i> | POZZI et MARCHAND. |
| <i>Trésorier</i> | SCHWARTZ. |
| <i>Archiviste</i> .. | TERRIER. |

MEMBRES HONORAIRES

MM.

| | | |
|---------------------|---------------------------------------|------|
| 19 octobre 1887... | — CRUVEILHIER, titulaire de | 1868 |
| 23 janvier 1861... | — DEGUISE..... | 1844 |
| 29 mars 1882..... | — DUBREUIL..... | 1872 |
| 5 mai 1886..... | — DUPLAY..... | 1850 |
| 28 mars 1886..... | — GUÉNIOT..... | 1868 |
| 15 mars 1876..... | — GUÉRIN (Alphonse)..... | 1853 |
| 22 novembre 1882. | — GUYON (Félix)..... | 1863 |
| 3 mars 1886..... | — L. LABBÉ..... | 1865 |
| 23 janvier 1889... | — LANNELONGUE, titulaire de..... | 1872 |
| 20 décembre 1867. | — LARREY (baron)..... | 1849 |
| 9 mai 1877..... | — LE FORT (Léon)..... | 1865 |
| 6 mars 1872..... | — LEGUEST..... | 1859 |
| 31 octobre 1888.. | — MAGITOT, titulaire de..... | 1872 |
| 28 mars 1860..... | — MAISONNEUVE. — M. fondateur.. | 1843 |
| 9 mars 1881..... | — MARJOLIN. — M. fondateur | 1843 |
| 25 janvier 1860... | — MONOD. — M. fondateur..... | 1843 |
| 11 mai 1887..... | — OLLIER, de Lyon..... | |
| 19 mai 1880..... | — PERRIN (Maurice), titulaire de..... | 1865 |
| 26 mai 1880..... | — PANAS..... | 1865 |
| 9 juillet 1879.... | — PAULET..... | 1868 |
| 23 février 1887... | — PONCET, de Cluuy..... | |
| 4 décembre 1867. | — RICHET..... | 1852 |
| 27 mars 1850..... | — RICORD..... | 1844 |
| 27 octobre 1886... | — SÉE..... | 1868 |
| 21 mars 1888..... | — DE SAINT-GERMAIN, titulaire de..... | 1867 |
| 19 décembre 1883. | — TARNIER..... | 1865 |
| 26 mai..... | — TRÉLAT..... | 1861 |
| 15 juillet 1885.... | — VERNEUIL..... | 1852 |

MEMBRES TITULAIRES

MM.

- 16 février 1876.... — ANGER (Théophile).
12 juin 1878..... — BERGER.
12 mars 1884 — BOULLY.
4 janvier 1882... — CHAUVEL.
3 janvier 1877... — DELENS.
19 janvier 1853... — DESORMEAUX.
25 octobre 1865... — DESPRÉS.
8 juin 1870..... — HORTELOUP.
13 mai 1885..... — HUMBERT.
12 décembre 1888. — JALAGUIER.
30 décembre 1885. — KIRMISSON.
9 juillet 1873 — LE DENTU.
30 juin 1875..... — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.
3 mai 1882..... — MARCHAND.
7 juillet 1880 — MONOD (Ch.).
29 juillet 1887... — NÉLATON.
1 avril 1874..... — NICAISE.
14 avril 1875 — PERIER.
9 juin 1886..... — PEYROT.
2 avril 1873..... — POLAILLON.
27 avril 1881 — POZZI.
25 avril 1888..... — PRENGRUEBER.
10 mai 1887..... — QUÉNU.
18 avril 1883..... — RECLUS.
4 janvier 1888... — REYNIER (P.).
6 décembre 1882. — RICHELOT.
11 juillet 1888... — ROUTIER.
1^{er} décembre 1886. — SCHWARTZ.
9 février 1887... — SEGOND.
15 juillet 1874... — TERRIER.
22 octobre 1879... — TERRILLON.
31 janvier 1866... — TILLAUX.
-

MEMBRES CORRESPONDANTS

NATIONAUX.

- MM. ANCELET, à Vailly-sur-Aisne (Aisne).
ARLAUD, directeur du service de santé de la marine à Toulon.
AUBRÉE, professeur à l'École de médecine de Rennes.
AUFFRET, médecin en chef de la marine.
AZAM, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.
BAIZEAU, médecin inspecteur de l'armée.
BAUDON, à Nice.
BEAU, à Toulon (marine).
BERCHON, directeur du service sanitaire de la Gironde, à Pauillac.
BÉRENGER-FÉRAUD, directeur du service de santé de la marine.
BÆCKEL (Jules), à Strasbourg.
BÆCKEL (Eugène), à Strasbourg.
BOISSARIE, à Sarlat.
BOUCHACOURT, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.
BOURGEOIS, à Étampes (Seine-et-Oise).
BOURGUET, chirurgien de l'hôpital d'Aix (Bouches-du-Rhône).
BOUSQUET, professeur à l'École de Clermont-Ferrand.
BRUCH, professeur à l'École d'Alger.
CAUCHOIS, à Rouen.
CAZIN, à Boulogne.
CHAMPENOIS, médecin inspecteur de l'armée.
CHAPPLAIN, professeur à l'École de médecine de Marseille.
CHARVOT, médecin-major de l'armée.
CHEDEVERGNE, professeur à l'École de médecine de Poitiers.
CHIPAULT, à Orléans.

- MM. CLOSMADÉUC, chirurgien de l'hôpital de Vannes.
COMBALAT, professeur à l'École de médecine de Marseille.
DAUVÉ, médecin inspecteur de l'armée.
DAVAT, à Aix-les-Bains.
DEFONTAINE, au Creusot.
DELACOUR, directeur de l'École de médecine de Rennes.
DELORE, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.
DEMONS, professeur à la Faculté de Bordeaux.
DENUCÉ, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.
DESGRANGES, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.
DEVALZ, à Bordeaux.
DEZANNEAU, professeur à l'École de médecine d'Angers.
DIDAY, ex-chirurgien de l'Antiquaille à Lyon.
DIEU, médecin principal de l'armée.
DUBAR, professeur à Lille.
DUBOÛÉ, à Pau.
DUBREUILH (Ch.), chirurgien de la Maternité de Bordeaux.
DUMÉNIL, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
DUPLOUY, professeur à l'École navale de Rochefort.
EHRMANN, à Mulhouse.
FLEURY, professeur à l'École de médecine de Clermont.
FOLET, professeur à la Faculté de médecine de Lille.
GAUJOT, médecin inspecteur de l'armée.
GAYET, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.
GROSS, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.
GUERMONPREZ, à Lille.
HACHE, professeur à Beyrouth.
HERRGOTT, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.
HEURTAUX, professeur à l'École de médecine de Nantes.
HEYDENREICH, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.
HOUZEL, à Boulogne-sur-Mer.
HUE (Judes), à Rouen.
JOUON, professeur à l'École de médecine de Nantes.
KOEBERLÉ, à Strasbourg.
LANELONGUE, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.
LARGER, à Maisons-Laffitte.
MALHERBES fils, professeur à l'École de médecine de Nantes.
MARTEL, chirurgien de l'hôpital de Saint-Malo.
MAUNOURY, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
MOLLIÈRE (Daniel), chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon.
MOUCHET, à Sens.
MONTEILS, à Mende (Lozère).
MORDRET, au Mans.
MOURLON, médecin principal de l'armée.

- MM. NEPVEU, professeur à l'École de Marseille.
NOTTA, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.
ORÉ, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.
OVION, à Boulogne-sur-Mer.
PAMARD, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon.
PAQUET, professeur à la Faculté de médecine de Lille.
PATRY, à Sainte-Maure (Indre-et-Loire).
PILATE, chirurgien de l'hôpital d'Orléans.
PONCET (A.), professeur à Lyon.
PRAVAZ, à Lyon.
QUEIREL, chirurgien des hôpitaux de Marseille.
RAIMBERT, à Châteaudun.
ROCHARD, médecin inspecteur général de la marine à Paris.
RIBELL, chirurgien de l'hospice de la Grave à Toulouse.
ROBERT, médecin principal de l'armée.
ROUX, à Marseille.
SIRUS-PIRONDI, chirurgien de l'hôpital de Marseille.
SALMON, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
SILBERT, à Aix.
STOLZ, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Nancy.
SURMAY, à Ham.
THOLOZAN, médecin principal de l'armée (Perse).
THOMAS (Louis), à Tours.
TRIPIER (Léon), professeur à la Faculté de Lyon.
TURGIS, à Falaise.
VAST, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-François.
VÉDRÈNES, médecin inspecteur de l'armée.
VIARD, à Montbard (Côte-d'Or).
VIBERT, chirurgien de l'Hôtel-Dieu du Puy.
VILLENEUVE, chirurgien des hôpitaux à Marseille.
WEISS, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.
-

BIENFAITEURS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

René DUVAL, fondateur d'un prix annuel de 300 francs.

Édouard LABORIE, fondateur d'un prix annuel de 1,200 francs.

Vulfranc GERDY, fondateur d'un prix biennal de 2,000 francs.

Pierre-Charles HUGUIER, donateur d'une rente annuelle de 1,000 francs.
destinée à favoriser les publications scientifiques de la Société.

DEMARQUAY, fondateur d'un prix biennal.

Paul GUERSANT, — LENOIR, — PAYEN, — VELPEAU, — GERDY, — baron
LARREY, donateurs de livres pour la bibliothèque de la Société.

PRÉSIDENTS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DEPUIS SA FONDATION

MM.
1844. — A. BÉRARD.
1845. — MICHON.
1846. — MONOD.
1847. — LENOIR.
1848. — ROBERT.
1849. — CULLERIER.
1850. — DEGUISE père.
1851. — DANYAU.
1852. — LARREY.
1853. — GUERSANT.
1854. — DENONVILLIERS.
1855. — HUGUIER.
1856. — GOSSELIN.
1857. — CHASSAIGNAC.
1858. — BOUVIER.
1859. — DEGUISE fils.
1860. — MARJOLIN.
1861. — LABORIE.
1862. — MOREL-LAVALLÉE.
1863. — DEPAUL.
1864. — RICHEL.
1865. — BROCA.
1866. — GIRALDÈS.

MM.
1867. — FOLLIN.
1868. — LEGOUEST.
1869. — VERNEUIL.
1870. — A. GUÉRIN.
1871. — BLOT.
1872. — DOLBEAU.
1873. — TRÉLAT.
1874. — MAURICE PERRIN.
1875. — LE FORT.
1876. — HOUEL.
1877. — PANAS.
1878. — FÉLIX GUYON.
1879. — S. TARNIER.
1880. — TILLAUX.
1881. — DE SAINT-GERMAIN.
1882. — LÉON LABBÉ.
1883. — GUÉNIOT.
1884. — MARC SÉE.
1885. — S. DUPLAY.
1886. — HORTELOUP.
1887. — LANNELONGUE.
1888. — POLAILLON.
1889. — LE DENTU.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

MM.

- 6 janvier 1864..... — ADAMS-ROBERT, Dublin.
12 janvier 1887..... — ALBERT, Vienne.
11 août 1875..... — BOWMANN, Londres.
4 janvier 1888..... — BRYANT, Londres.
16 janvier 1884..... — CORRADI, Milan.
7 janvier 1880..... — DEROUBAIX, Liège.
5 janvier 1870..... — DONDEERS, Utrecht.
5 janvier 1870..... — HELMHOLTZ.
4 janvier 1888..... — HOLMES (Th.), Londres.
7 janvier 1880..... — LISTER, Londres.
10 janvier 1877..... — LONGMORE, Netley-Southampton.
10 janvier 1877..... — MICHAUX, Louvain.
6 janvier 1864..... — PAGET (James), Londres.
21 janvier 1885..... — PELLIZARRI, Florence.
20 janvier 1886..... — REVERDIN (J.), Genève.
16 janvier 1884..... — SOUPART, Gand.
6 juillet 1859..... — SCANZONI, Wurzbourg.
21 janvier 1885..... — SKLIFOSSOWSKY, Moscou.
12 janvier 1887..... — THOMPSON, Londres.
11 janvier 1882..... — WELLS (SPENCER), Londres.
20 janvier 1886..... — TILANUS, Amsterdam.
-

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

MM.

- 10 janvier 1877..... — AMABILE, Naples.
- 11 janvier 1882..... — ANNANDALE, Édimbourg.
- 2 janvier 1889..... — ASSAKY, Bucharest.
- 8 janvier 1868..... — BARBOSA, Lisbonne.
- 13 janvier 1869..... — BARDELEBEN, Berlin.
- 26 novembre 1845. — BASSOW, Moscou.
- 31 décembre 1862.. — BACK, Fribourg-en-Brisgau.
- 8 janvier 1879..... — BIGELOW, Boston.
- 31 octobre 1851.... — BIRKETT, Londres.
- 3 janvier 1865..... — BILLROTH (Th.), Vienne.
- 17 septembre 1851. — BORELLI, Turin.
- 3 janvier 1865..... — BROWN-SEQUARD.
- 13 janvier 1869.... — BROODHURST, Londres.
- 13 janvier 1864 — BRUNS (Victor), Tübingen.
- 22 décembre 1852.. — BURGGRAVE, Gand.
- 4 janvier 1888..... — CECCHERELLI, Parme.
- 4 janvier 1889..... — CHIENE, Édimbourg.
- 31 décembre 1861.. — COOTE (Holmes), Londres.
- 31 décembre 1862.. — CORNAZ, Neuchâtel.
- 6 juillet 1859..... — CREDE, Leipzig.
- 3 juin 1857..... — CROCQ, Bruxelles.
- 3 janvier 1865.... — EMMERT (F.-G.), Berne.
- 8 janvier 1862..... — ESMARCH, Kiel.
- 6 juillet 1859..... — FABRI, Ravenne.
- 6 juillet 1859..... — FRIEDBERG (H.), Berlin.
- 9 janvier 1879..... — GALLI, Lucques.
- 13 janvier 1869.... — GAUTIER, Genève.
- 13 janvier 1864.... — GHERINI, Milan.
- 4 janvier 1888..... — GORI, Amsterdam.
- 9 janvier 1879.... — GRITTI, Milan.
- 29 août 1855..... — HAMMER, Saint-Louis (Missouri).

MM.

- 26 décembre 1855.. — HANNOVER, Copenhague.
 15 septembre 1852. — HEWETT (Prescott), Londres.
 30 octobre 1854.... — HEYFELDER (fils), Saint-Petersbourg.
 2 janvier 1865.... — HUMPHRY (G.-M.), Cambridge.
 31 décembre 1862.. — HUTCHINSON (J.), Londres.
 16 janvier 1884..... — JULLIARD, Genève.
 13 janvier 1869.... — KRASSOWSKI, Saint-Petersbourg.
 21 janvier 1885.... — LEWIS A. STIMSON, New-York.
 6 juillet 1859..... — LARGHI, Bologne.
 16 janvier 1884..... — LUCAS (Clément), Londres.
 6 juillet 1859..... — MAC-LEOD, Glasgow.
 12 janvier 1887.... — MATDL, Vienne.
 22 octobre 1856.... — MAYOR, Genève.
 13 janvier 1864.... — MELCHIORI (Giovanni), Milan.
 3 janvier 1883..... — MOSETIG-MOORHOF, Vienne.
 8 janvier 1868.... — PEMBERTON, Birmingham.
 8 janvier 1862.... — PIACHAUD, Genève.
 21 janvier 1885.... — PLUM, Copenhague.
 12 janvier 1887.... — REVERDIN (A.), Genève.
 6 juillet 1859.. ... — RIED, Iéna.
 7 janvier 1880.... — ROSE, Zurich.
 11 août 1875..... — ROUGE, Lausanne.
 7 janvier 1880.... — SABOIA, Rio-Janeiro.
 2 janvier 1856.... — SAND-COX, Birmingham.
 31 décembre 1862.. — SANGALLI, Pavie.
 21 janvier 1885.... — SALTZMANN, Helsingfors.
 10 janvier 1877.... — SAXTORPH, Copenhague.
 20 mars 1867..... — SIMON (John), Londres.
 20 janvier 1886.... — SOCIN, Bâle.
 21 janvier 1885.... — STUDSGART, Copenhague.
 31 décembre 1862.. — SPERINO (Casimir), Turin.
 31 décembre 1862.. — TESTA, Naples.
 20 janvier 1886.... — THIRIAR, Bruxelles.
 11 janvier 1882.... — ZANCAROL, Alexandrie (Égypte).
-

La Société de chirurgie reçoit régulièrement les publications périodiques suivantes :

Abeille médicale. — Annales de gynécologie. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx. — Annales des maladies des organes génito-urinaires. — Annales d'orthopédie. — Archives générales de médecine et de chirurgie. — Archives de médecine militaire. — Bulletin de l'Académie de médecine. — Bulletin médical. — Bulletin de la Société anatomique. — Bulletin de la Société de médecine de Paris. — Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux. — France médicale. — Gazette hebdomadaire. — Gazette des hôpitaux. — Gazette médicale de Picardie. — Gazette médicale de Nantes. — Gazette médicale de Paris. — Gazette obstétricale. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — Moniteur thérapeutique. — Le Praticien. — Progrès médical. — Recueil d'ophtalmologie. — Revue de chirurgie. — Revue de médecine. — Revue médicale. — Revue des maladies de l'enfance. — Revue des sciences médicales. — Thérapeutique contemporaine. — Tribune médicale. — Union médicale.

Alger médical. — Annales de la Société de médecine de Saint-Etienne. — Bulletin de la Société de médecine d'Angers. — Bulletin médical du nord de la France. — Bulletin médical des Vosges. — Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux. — Bulletin de la Société de médecine de Bordeaux. — Bulletin de la Société de médecine de la Sarthe. — Bulletin de la Société médicale de l'Aube. — Comptes rendus de la Société de médecine de Toulouse. — Comptes rendus de la Société des sciences médicales de Gannat. — Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — Gazette médicale de Strasbourg. — Journal de médecine de l'Ouest. — Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure. — Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne. — La Loire médicale. — Lyon médical. — Marseille médical. — Mémoires de la Société de médecine de Lyon. — Mémoires de la Société de médecine de Nancy. — Mémoires de la Société des sciences médicales de Lyon. — Montpellier médical. — Normandie médicale. — Poitou médical. — Revue médicale de l'Est. — Revue médicale de Toulouse. — Société médicale de Reims. — Union médicale du Nord-Est. — Union médicale de la Seine-Inférieure.

Annales de l'Association Larrey (Mexico). — Annals of Surgery (Brooklyn). — Archiv für klinische Chirurgie. — Boletins da Sociedade

de medicina de Rio de Janeiro. — Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — British medical Journal (Londres). — Cronica medico-quirurgica de la Habana. — Encyclopedia medico-farmaceutica (Barcelone). — Escuela de medicina (Mexico). — Gazzetta medica italiana lombardia (Milan). — Giornale internazionale delle scienze mediche (Naples). — L'Indipendente (Turin). — Journal and proceedings of the royal Society of New South Wales (Sydney). — The Practitioner (Londres). — Proceedings of the royal Society (Londres). — Proceedings of the pathological Society (Londres). — Revista internationale de Medicina e Chirurgia. — Revue médicale de la Suisse romande. — Smithsonian institution (Washington). — Transactions of the royal medico-chirurgical Society (Londres).

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La Société de chirurgie dispose de quatre prix : le prix DUVAL, le prix LABORIE, le prix GERDY et le prix DEMARQUAY ; les deux premiers sont annuels, les deux derniers sont biennaux.

Le prix DUVAL a été fondé par Jacques-René Duval, membre de la Société de chirurgie de Paris. Le 12 juillet 1854, la Société a pris la décision suivante : « La Société de chirurgie de Paris, après une donation de M. Duval, fonde, à titre d'encouragement, un prix annuel de la valeur de 100 francs, en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet, et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

« Tous les auteurs, anciens et modernes, qui ont traité le même sujet, devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations.

« Sont seuls admis à concourir, les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux, ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. » Les aides-médecins de la marine nommés au concours sont assimilés aux internes des hôpitaux (4 novembre 1885).

Les thèses soutenues depuis le 1^{er} novembre de l'année 1888 jusqu'au 1^{er} novembre de l'année 1889 seront seules admises à concourir. Les candidats devront adresser franco deux exemplaires de leur thèse au secrétariat de la Société avant le 1^{er} novembre 1889. Par la bienveillance de M. le D^r MARJOLIN, membre fondateur de la Société, le montant du prix Duval est porté de 100 à 300 francs à partir de 1886 ; le prix ne pourra être partagé.

Le prix Édouard LABORIE a été fondé par M^{me} veuve Laborie, le 6 mai 1868. Il est annuel et de la valeur de 1,200 francs.

La Société a pris, en 1868, les décisions suivantes :

« Le prix Édouard Laborie sera décerné chaque année dans la

séance solennelle de la Société (deuxième mercredi de janvier) à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

« Les auteurs sont libres de choisir les sujets de leurs mémoires; toutefois, la Société indiquera tous les six ans un sujet de mémoire pris parmi les points de la chirurgie dont le docteur Laborie s'est plus particulièrement occupé.

« Tous les docteurs et élèves en médecine, français et étrangers, sont admis à prendre part au concours.

« Les mémoires, écrits en français, en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés (affranchis) à M. le Secrétaire général de la Société de chirurgie de Paris, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1^{er} novembre de chaque année.

« Les manuscrits doivent être adressés dans les formes académiques, c'est-à-dire non signés, mais portant une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat. »

Le prix GERDY a été fondé par Vulfranc Gerdy, en souvenir de son frère P.-N. Gerdy, membre de la Société de chirurgie. Ce prix, fondé le 26 novembre 1873, est biennal et de la valeur de 2,000 francs.

Aux termes du testament, la Société doit indiquer la question à traiter par les concurrents.

La Société a décidé, dans sa séance du 16 décembre 1874, que la question serait toujours donnée deux années à l'avance, et que les compétiteurs devraient se soumettre aux règles adoptées pour le prix Laborie, règles énoncées plus haut.

Le prix DEMARQUAY a été fondé par Jean-Nicolas Demarquay, qui a légué à la Société de chirurgie une somme de 10,000 francs. Le prix est biennal. Le sujet, indiqué par la Société, est donné deux années à l'avance; les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Après un rapport du Secrétaire général, lu en comité secret, le 16 décembre 1874, la Société a également décidé que les *membres titulaires* de la Société de chirurgie de Paris seraient *seuls exclus* des concours pour les prix Laborie, Gerdy et Demarquay.



BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

NOUVELLE SÉRIE

SÉANCE ANNUELLE

(9 janvier 1889.)

ALLOCUTION DE M. POLAILLON, PRÉSIDENT SORTANT

MESSIEURS ET CHERS COLLÈGUES,

Dans cette séance annuelle, qui marque le terme du mandat que vous m'avez confié, je dois, à l'exemple de mes honorables prédécesseurs, vous exposer rapidement l'état moral de notre Compagnie. Ce devoir n'a rien de pénible, tant les choses heureuses de ma présidence l'emportent sur les rares détails qui ont laissé à désirer.

Il est juste d'affirmer, d'abord, que la Société de chirurgie s'est maintenue dans ses traditions de labeur incessant et de progrès scientifique. Jamais le volume de vos Bulletins n'a atteint un nombre de pages aussi considérable que celui de 1888, et la qualité de vos travaux a égalé leur quantité.

Parmi les nombreux sujets, qui ont fait l'objet de vos études, votre attention s'est particulièrement fixée sur la chirurgie gynécologique. Beaucoup de séances ont été consacrées au traitement des fibromes utérins, des cancers de l'utérus, des salpingites, des déplacements utérins. Ces maladies, naguère incurables, excitent dans tous les pays l'émulation des chirurgiens. Vos esprits, ouverts à tous les progrès, ont pris une large part à ce mouvement scientifique. Quelques-uns d'entre vous ont apporté à la chirurgie abdominale de la femme des perfectionnements

importants ; d'autres ont imaginé des opérations nouvelles. Tous, ou presque tous, ont adopté et pratiqué ces grandes opérations sur les ovaires ou sur l'utérus, qui constituent une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne.

Les résultats de vos statistiques sur l'hystérectomie vaginale pour cancer, publiés avec une impartialité louable, vous ont conduits à des interprétations et à des conclusions diverses. Les uns, ayant surtout en vue les succès, et, en outre, forts des succès qui leur sont propres, ont une tendance marquée à traiter par l'ablation radicale de l'utérus tous les cancers de cet organe. Les autres, déplorant les revers qu'enregistrent les meilleures statistiques et effrayés de la rapidité des récidives, soutiennent qu'il faut réserver l'hystérectomie totale à certains cas rares et déterminés. Le débat entre ces deux opinions opposées est loin d'être terminé. Il fournira encore, dans les années qui suivront, l'occasion de luttes oratoires aussi brillantes et aussi courtoises que celles que nous avons entendues.

Mais, si j'ai tenu à vous rappeler les remarquables travaux de gynécologie, qui caractérisent l'année 1888, je n'ai pas l'intention de vous retracer, ni même de vous mentionner, tous les autres sujets que vous avez abordés. Je laisse ce soin à notre secrétaire annuel, M. Monod, qui a rédigé nos procès-verbaux en un style si fidèle et si parfait, et qui mérite tous nos éloges, tous nos remerciements.

Vos séances, Messieurs, ont toujours présenté une grande activité. Après la lecture du procès-verbal, qui est habituellement terminée vers quatre heures, chacun s'empresse à réclamer son tour de parole pour la discussion en cours, pour les rapports, pour les communications. On discute, on répond aux objections avec ardeur. Il y a quelquefois des interpellations. *Fervet opus* jusqu'à cinq heures. Mais, lorsque cinq heures approchent, plusieurs membres se retirent un à un, silencieusement. Cinq heures ont à peine sonné que les sièges sont vides ou à peu près. La présentation des malades et des instruments se fait au milieu de ce mouvement de retraite. La séance est alors terminée faute d'auditeurs, bien que le Bureau reste ferme, mais seul, à son poste.

Or, des séances qui ne dépassent pas beaucoup la durée d'une heure, sont trop courtes pour épuiser nos ordres du jour, toujours très chargés. Nombre de communications et de rapports ne peuvent se produire en temps utile, et les confrères étrangers, qui viennent nous faire des lectures, lassés de ne pouvoir être entendus perdraient bien vite l'habitude de nous apporter leurs observations et leurs travaux.

Pardonnez-moi, Messieurs, cette légère critique en faveur de mon ardent désir de voir prospérer notre compagnie. Je crois qu'il est nécessaire de prendre quelques instants sur nos occupations personnelles pour faire en sorte que les séances soient plus prolongées à l'avenir. Des séances trop courtes, quelque intéressantes qu'elles soient, seraient pour la Société de chirurgie une cause d'affaiblissement et de décadence.

La mort nous a fait subir cette année de nombreuses pertes. Blot, membre honoraire, ancien président, nous a été enlevé après une brillante carrière consacrée à la pratique des accouchements. Nous avons encore perdu, parmi les membres correspondants nationaux : Benoit, professeur d'anatomie à Montpellier ; Vibert, praticien habile, au Puy ; Poincot, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux ; Poulet, agrégé au Val-de-Grâce ; parmi les correspondants étrangers : Sands, un des chirurgiens les plus considérables de New-York ; parmi les associés étrangers : Vanzetti, de Padoue.

Deux de nos membres titulaires ont demandé et obtenu l'honorariat, ce sont MM. de Saint-Germain et Magitot. Puissent-ils ne pas nous oublier et revenir souvent siéger parmi nous !

Enfin, M. Nepveu, un de nos collègues les plus laborieux, a été obligé d'aller se fixer dans le Midi pour rétablir sa santé brusquement compromise. Vous vous êtes empressés de lui conférer le titre de membre correspondant, afin qu'il restât attaché à notre Compagnie.

Pour combler tous ces vides, vous n'avez eu que l'embarras de choisir les plus méritants entre un très grand nombre de candidats.

Quatre-vingt-seize confrères de la province briguent l'honneur d'appartenir à la Société de chirurgie comme membres correspondants. Cependant, notre cadre de correspondants étant complet, nous ne pouvons distribuer chaque année que les places des membres décédés. Pour donner une satisfaction plus large à des ambitions légitimes, vous avez pensé qu'il était urgent d'augmenter le nombre de nos correspondants nationaux. Votre secrétaire général, M. Chauvel, a été chargé de poursuivre devant le Conseil d'État cette modification à nos statuts. Après quelques mois d'attente, nous avons été autorisés à porter de 100 à 125 le nombre de nos membres correspondants nationaux. La distribution de ces 25 places nouvelles sera répartie sur plusieurs années. Mais, dès cette année, vous avez porté vos suffrages sur huit candidats, qui sont : M. Auffret, à Brest ; M. Charvot, chirurgien de l'armée ; M. Défontaine, au Creusot ; M. Dubar, à Lille ; M. Tri-

pier, à Lyon; M. Hache, à Beyrouth; M. Ovion, à Boulogne-sur-Mer, et M. Nepveu notre ancien membre titulaire.

En outre, vous avez nommé membres correspondants étrangers: M. Chiene, d'Édimbourg, et M. Assaky, de Bukharest.

L'année 1888 a été particulièrement féconde pour les candidats au titulariat. Quatre d'entre eux, M. Reynier, M. Prengrueber, M. Routier et M. Jalaguier, ont été élus. Leurs titres scientifiques et la sympathie qu'ils nous inspiraient les destinaient à ne pas attendre bien longtemps une place au milieu de nous. Qu'ils soient les bienvenus. La Société de chirurgie compte sur eux pour maintenir et augmenter sa glorieuse renommée.

Si maintenant je jette, avec vous, un coup d'œil sur notre état matériel, je constate que les richesses de notre bibliothèque augmentent tous les jours, sous la surveillance de notre archiviste, M. Terrier, et que nos finances sont satisfaisantes, grâce à l'administration sage et économe de notre trésorier, M. Schwartz.

Notre budget se solde sans déficit, chose rare à cette époque. Nous avons même augmenté notre fortune par quelques épargnes prudentes, et nous avons pu contribuer, d'une manière honorable, aux frais de la statue élevée à Boyer et aux frais de la médaille qui nous rappelle les traits de notre cher et illustre collègue le professeur Gosselin.

Les dépenses pour l'impression de notre Bulletin constituent notre principale charge. Elles ne pourraient pas prendre des proportions plus fortes sans compromettre l'équilibre de nos finances. Aussi imposons-nous l'obligation de condenser le plus possible nos observations et nos discours.

Messieurs, votre bureau actuel va bientôt disparaître dans le passé. Place au nouveau bureau, place au nouveau président, M. Le Dentu. Il verra combien sa tâche lui sera rendue facile par votre bienveillance, par la compétence, le zèle, l'exactitude toute militaire de notre secrétaire général. Depuis quatre années, M. Chauvel a rendu à notre compagnie de précieux services comme gardien de notre règlement et de nos statuts, comme organisateur de nos séances, comme historiographe de nos morts. En votre nom et au mien, je le prie de recevoir la manifestation publique de notre reconnaissance.

Il me reste à vous dire, Messieurs et chers Collègues, combien je suis pénétré de l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à présider la Société de chirurgie. Je vous en remercie de toutes les forces de mon cœur, car cet honneur est le plus grand qu'un chirurgien puisse ambitionner.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ

PENDANT L'ANNÉE 1888

Par M. CH. MONOD, secrétaire annuel.

MESSIEURS,

Certains prétendent que la tâche de votre secrétaire annuel est écrasante, grosse de peines et de soucis, et cela sans compensation et sans vrai profit scientifique. Grande erreur, Messieurs, qu'il importe de ne pas laisser se propager, ne fût-ce que pour ne pas décourager d'avance ceux d'entre vous qui, à leur tour, occuperont ce poste d'honneur et de travail.

Certes, ce n'est pas sans payer un peu de sa personne que l'on arrive à mettre sur pied le gros volume qui résume vos travaux. Mais qui oserait se plaindre d'avoir été obligé de vivre un peu plus dans votre intimité, d'avoir lu et relu tant de pages, toutes marquées au coin de la bonne chirurgie ?

Pour ma part, je considère que le temps ainsi passé est bien employé et, comme l'oiseau de la fable, je dirai volontiers, qu'avec vous, grâce à vous, « j'ai beaucoup vu et beaucoup appris ». Cela suffit pour que je ne songe qu'à vous remercier d'avoir bien voulu me confier la rédaction de vos procès-verbaux.

Aussi bien, est-ce illusion ou indulgence quasi-paternelle ? mais jamais, il me semble, année ne fut mieux remplie. Jamais on ne vit pareille succession de mémoires importants, de communications donnant lieu à des discussions de haute portée, sans compter les rapports étudiés, les observations intéressantes, les pièces déposées sur le bureau et les malades présentés en fin de séance qui témoignent les unes de votre activité scientifique, les autres de votre habileté chirurgicale.

Jedésespère de vous présenter un fidèle tableau de ces richesses ; je m'efforcerai, du moins, de vous en donner un court aperçu.

Je ne saurais mieux commencer qu'en vous rappelant la plus récente de nos discussions, celle relative à *la pathogénie et au traitement des affections inflammatoires des annexes de l'utérus*. Aucune ne saurait donner une meilleure idée de cette « pratique de saine au-lace » qui, selon l'expression de M. Trélat, caractérise notre époque.

Audacieux, vous l'êtes en effet, messieurs, mais jamais téméraires. Certes, ce n'est pas sans quelque étonnement qu'à la fin de l'année dernière et au commencement de celle-ci, nous vîmes

quelques-uns de nos collègues, experts en matière de chirurgie abdominale, venir mettre sous nos yeux des trompes suppurées ou kystiques, enlevées chez des femmes, souffrant depuis longtemps de troubles variés, et rendues par cette intervention à la santé la plus parfaite.

Les observations de ce genre se multiplient; dès le mois d'avril, M. Bouilly pouvait nous apporter le résumé de six cas de salpingo-ovarite traités avec succès par la laparotomie, y joignant d'intéressantes considérations sur le diagnostic et les indications opératoires. La question devient mûre pour la discussion, et, à l'occasion d'une nouvelle communication de M. Routier, MM. Lucas Championnière, Quénu, Richelot, Terrier, Terrillon, Trélat, en même temps qu'ils étudiaient la pathogénie encore discutée de l'affection, montraient, par les faits, que la chirurgie abdominale a trouvé dans le traitement des salpingites un de ses plus beaux triomphes.

Vous avez été cependant d'accord pour admettre qu'il ne suffisait pas, pour ouvrir le ventre d'une femme, d'une salpingo-ovarite même dûment démontrée; il faut de plus ou qu'on ait quelque raison de soupçonner la présence du pus ou que le mal ait depuis longtemps résisté à une médication rationnelle.

C'est dans le même esprit qu'ont été conduites les trois autres grandes discussions de l'année, relatives: — l'une à l'*intervention chirurgicale dans les plaies de l'abdomen par armes à feu*, engagée à propos d'une importante observation de M. Berger; — l'autre à l'opportunité de la *castration ovarienne dans le cas de fibromes utérins*, débat ouvert et brillamment résumé par M. Segond; — la troisième, enfin, à la *valeur comparée de l'hystérectomie totale ou partielle dans le traitement du cancer de l'utérus*, question que M. Verneuil posait tout récemment devant vous dans une communication magistrale.

Je ne songe pas à résumer toutes les opinions émises par les nombreux orateurs qui ont porté le poids de ces discussions. Presque aucun de ceux d'entre vous qui prennent une part active à nos travaux n'a voulu garder le silence; tous, à l'envi, vous nous avez apporté sur ces divers sujets le résultat de votre expérience et de vos réflexions.

On a vu, à cette occasion, et particulièrement à propos des *plaies de l'abdomen*, qu'il y avait parmi nous — comme ailleurs — modérés et progressistes — pas de radicaux, pourtant, car notre république est très sage. — Les uns, sous l'impression de la multiplicité des blessures, bien mise en relief par les recherches de M. Reclus, de l'existence de certains cas de guérison spontanée, qui ne sont pas tous controversables, sont, par expérience ou par tempérament, portés à s'abstenir, à moins d'indications précises

et urgentes. Les autres, plus préoccupés de la gravité des accidents qui éclateront presque à coup sûr, encouragés par des succès opératoires qui, s'ils sont rares, n'en sont que plus éclatants, acceptent que l'on devance l'heure du péril évident et le plus souvent alors impossible à conjurer.

Pour ceux-ci mêmes, cependant, il faut attendre pour agir quelque signe, si léger qu'il soit, qui motive l'intervention, en affirmant la pénétration du projectile.

Assurément nous serions plus hardis s'il s'agissait d'une laparotomie exploratrice ordinaire. On l'a bien vu, lors de la discussion des *indications de la castration ovarienne pour fibromes utérins*. Ce n'est pas la gravité de l'opération qui a effrayé ceux qui s'en sont montrés peu partisans. On sait aujourd'hui que la simple ouverture du ventre, faite avec de bonnes précautions antiseptiques, est véritablement sans danger. On s'est plutôt demandé si l'ablation des ovaires avait une efficacité réelle et pouvait être mise en balance, à ce point de vue, avec l'extirpation de la tumeur elle-même. Il semble bien, cependant, d'un aveu à peu près unanime, que la castration ovarienne, dans les cas de fibromes petits et fortement hémorrhagiques, est une opération de choix. Au surplus, puisque l'incision exploratrice est innocente, point n'est besoin de se décider d'avance. Le ventre ouvert, on se comportera suivant les circonstances. Il est probable, si de récents résultats qui vous seront prochainement communiqués se confirment, si le pronostic de l'hystérectomie abdominale, se rapprochant de celui de l'ovariotomie, devient de jour en jour moins sévère, il est probable, dis-je, que, bientôt, l'ablation du fibrome, donnant une guérison certaine et durable, l'emportera, comme le demandaient MM. Polaillon et Tillaux, sur la simple ablation des annexes, qui n'assure pas toujours un résultat complet. La chirurgie moderne enregistrerait alors une victoire nouvelle.

C'est au contraire un mouvement de recul, de sage recul, qui s'est produit dans la question de la *cure radicale du cancer utérin*, à la suite de la vigoureuse attaque de M. Verneuil.

MM. Bouilly, Pozzi, Reynier, Richelot, Terrier, ont bien essayé de défendre les positions acquises ; mais, s'ils ont pu établir la valeur des succès qu'ils ont personnellement obtenus, ils n'ont point cependant entraîné la conviction générale. La plupart d'entre vous, considérant la gravité considérable de l'opération et surtout la médiocrité des résultats définitifs qu'elle procure, se sont montrés disposés à renoncer, dans la grande majorité des cas, à une extirpation dite totale, qui laisse derrière elle un tissu péri-utérin ou des voies lymphatiques malades, et nécessairement

inaccessibles. Les progrès concordants de l'anatomie pathologique et de la clinique révélant l'existence de variétés de cancer, ayant tendance à rester limités à l'utérus, et pouvant d'autre part être reconnus au lit de la malade, permettront peut-être, plus tard, comme nous le disait M. Trélat, d'étendre le champ d'action de l'hystérectomie complète, surtout si, comme les faits les plus récents l'ont montré, l'opération, mieux indiquée et plus habilement conduite, devient de moins en moins meurtrière.

Je n'insiste pas plus longuement sur toute cette argumentation, dont le souvenir n'est certainement pas sorti de vos mémoires.

C'est encore dans les cas de grande et hardie chirurgie qu'il faut placer : la belle observation de *résection de l'intestin pour cancer* que vous a communiquée M. Bouilly ; vous avez vu son opérée fraîche et bien portante ; — l'heureuse tentative faite par M. Trélat pour fermer une *fistule pyo-stercorale par entérorrhaphie*, qui a été pour lui l'occasion d'une savante communication sur la pathogénie et le traitement de ces fistules, — et encore la cure d'un *prolapsus utérin par hystérorrhaphie (ventro-fixation ou hystéropexie)* dont vous a entretenus M. Terrier, établissant une fois de plus que les laparotomies bien menées ne sont pas dangereuses et que, sur ce terrain, toutes les hardiesses sont permises.

Déjà auparavant, M. Picqué vous avait communiqué un fait de redressement de l'utérus rétroversé à la suite d'une opération analogue, observation capitale qui a été l'objet d'un rapport remarquable de M. Pozzi, où la question, et particulièrement l'historique des tentatives faites en ce sens sont étudiées avec grand soin.

Aux faits qui précèdent, je ne saurais oublier de joindre ceux de *trépanations pour accidents cérébraux, en dehors du traumatisme*, et particulièrement pour *épilepsie*, tentées par M. Lucas-Championnière. A cette occasion, notre collègue nous a lu un long et intéressant travail, qui marquera dans l'histoire de la trépanation. Il s'est attaché à démontrer par l'analyse de ses vingt opérations, toutes sans accident, que la trépanation faite avec une antisepsie rigoureuse est absolument sans danger.

L'intervention chirurgicale sur la voûte osseuse du crâne bénéficiera de ces remarques ; immédiate dans les cas de plaies de tête récente, ou tardive dans ceux d'accidents cérébraux consécutifs, elle est appelée à rendre aux malades les plus sérieux services ; les observations de MM. Reclus, Trélat et Quénu, de MM. Galvani et Ledru, rapportées par MM. Pozzi et Kirmisson, celle de M. Delagenière, recueillie dans mon service, sont là pour en témoigner hautement.

Voilà, Messieurs, ce qu'on pourrait, pour employer une locution

empruntée à un autre monde que le nôtre, appeler les *nouveautés de l'année*. Vous me pardonnerez de m'y être arrêté un peu longuement.

Ce n'est là du reste, vous le pensez bien, qu'une faible part de nos travaux. Le nombre même de ceux qu'il me reste à passer en revue fait que je devrai me contenter d'une sorte d'énumération rapide.

Les affections inflammatoires des os n'ont cette année que peu attiré votre attention. Je dois vous signaler cependant d'une façon toute spéciale l'intéressante communication de M. Berger sur l'*ostéomyélite infectieuse aiguë chez l'adulte*. Notre collègue nous a montré dans quelles conditions l'agent infectieux pouvait, chez l'adulte comme chez l'adolescent, provoquer le développement d'une inflammation aiguë des os. La porte d'entrée du germe pathogène reste seule toujours difficile à découvrir. M. Delens s'est heurté à la même difficulté en vous rapportant une observation de M. Chavasse, dans laquelle une *ostéomyélite infectieuse du fémur* avait succédé à une affection semblable de l'humérus.

Il ne nous a été présenté que deux cas de *fractures* récentes : l'une par M. Le Fort, *fracture du bassin avec luxation sacro-iliaque*; vous avez vu les pièces et avez admiré avec notre collègue que le porteur de cette lésion ait pu, malgré de pareils désordres, franchir d'un bond une balustrade et gagner l'hôpital à pied;—l'autre, par M. Kirmisson au nom de M. Labroue, *fracture de l'extrémité supérieure du tibia*, fait à rapprocher des cas rares mais bien connus de cette forme de traumatisme des os.

M. Schwartz et M. Chauvel vous ont rapporté de la part de MM. Doyen et Charvot deux cas de *consolidations vicieuses* (fractures bi-malvélaires) corrigées par ostéotomie et résection. Vous avez admis qu'en pareil cas il fallait se contenter tout d'abord de la section du péroné, et n'agir sur le tibia que si, par une opération limitée, on n'obtenait pas un redressement complet.

La section de l'os a été aussi le premier temps de l'opération pratiquée par M. Berger pour une *consolidation vicieuse du fémur*; mais M. Berger rapporte surtout à l'action de l'appareil de M. Hennequin le beau résultat final.

C'est encore à M. Le Fort que nous devons la plus importante communication de l'année relative aux *luxations*; elle a trait à une luxation ancienne de l'épaule, réduite par des manœuvres de douceur après que, par de fortes tractions et des mouvements étendus, la mobilisation de l'articulation luxée a été obtenue. M. Le Fort croit que l'on arrivera, de cette façon, à triompher de la plupart des luxations anciennes du coude et de l'épaule.

M. Monteils, un de nos distingués collègues de province, préfère, pour les *luxations du coude* du moins, une manœuvre de force qui brise l'olécrâne ; il vous a envoyé une série d'observations démontrant les bons résultats que l'on peut obtenir de la sorte.

J'en aurai fini avec les affections des os et des *articulations* lorsque je vous aurai rappelé : le rapport fait par M. Chauvel sur quatre observations d'*arthrectomie* que vous avait présentées M. Delorme, et la discussion qui s'est engagée à ce propos sur la valeur relative de l'arthrectomie et de la résection — le nouveau travail que M. Kirmisson vous a lu sur la *pathogénie et le traitement des corps étrangers articulaires*, à propos des faits de MM. Claudot et Krug-Basse — et enfin les bons résultats obtenus par M. Berger dans une *résection tibio-tarsienne* avec fixation des os réséqués à l'aide d'une cheville en os de veau ; par M. Ledentu dans une *résection du poignet*, guérie en un mois, sous un seul pansement.

Vous vous souvenez de la discussion toute récente qui s'est engagée sur le *traitement des anévrysmes*, à propos d'un travail de M. Brun qui vous a été présenté par M. Reclus.

Les conclusions de ces deux auteurs relatives à l'excellence de la *ligature antiseptique des artères* ont été chaudement appuyées par M. Lucas-Championnière, qui vous avait, du reste, lui-même, au commencement de cette année, communiqué deux observations d'anévrysmes traités et guéris par la ligature au catgut de l'artère malade. Il résulte de l'étude des faits récents que, grâce à l'antisepsie bien faite, la ligature est en voie de reprendre la première place dans la cure des anévrysmes en général.

C'est aussi à l'actif de la chirurgie antiseptique qu'il faut placer l'observation de M. Nélaton, qui n'a pas craint de lier dans la plaie les deux bouts de l'*artère axillaire blessée*. En pareil cas, la règle était autrefois de lier la sous-clavière. M. Nélaton vous a montré que, si l'on s'était résigné à ce parti, c'était par crainte des accidents locaux formidables et de la gangrène consécutive qu'entraînait l'intervention directe ; qu'aujourd'hui de semblables complications ne sont plus à redouter ; et que, pour l'axillaire, comme pour toute plaie d'artère, il était désormais permis de se conformer à la règle générale, la ligature des deux bouts dans la plaie.

C'est à propos des affections des vaisseaux que je dois vous rappeler les études de M. Th. Anger sur les *ectasies lymphatiques*, dont il a pu vous présenter sur le vivant les trois formes décrites par lui ; et celles de M. Quénu, sur les *varices des nerfs* expliquant, dans la grande majorité des cas, les douleurs éprouvées par les variqueux.

Vous devez à M. Gérard Marchant, dont le travail a été analysé

devant vous par M. Schwartz, à notre sympathique collègue de Nancy, M. Heydenreich, à M. Terrillon, des communications intéressantes relatives aux lésions des *nerfs périphériques* survenant à la suite de fractures, et à l'utilité de l'intervention chirurgicale en pareil cas. Il s'agit là de faits bien connus, au moins par leur côté pratique; M. Heydenreich a tenu à vous rappeler que l'interprétation des phénomènes observés peut être difficile et demeurer parfois très obscure.

Ce sont encore des troubles nerveux, mais ceux-ci d'ordre général, qu'ont visés M. Kirmisson et M. Terrier en vous entretenant de l'*hystéro-traumatisme*, si bien étudié par M. Charcot à la Salpêtrière.

Ces dernières communications ne sont pas les seules dans lesquelles on ait abordé devant vous la pathologie générale et la pathogénie des affections chirurgicales. Sous cette rubrique, je range : l'étude sur les *rapports du traumatisme et de la grossesse* que vous a lue M. Marchand à propos des observations de M. Jeanne; — les vues originales dont M. de Saboia vous a fait part sur les *abcès froids d'origine paludéenne*; — l'observation d'*infection purulente sans plaie* de M. Després; — la note de M. Reynier sur l'origine tuberculeuse des *kystes à grains riziformes*; — les remarques de M. Terrillon et de M. Terrier sur l'*ascite chyleuse*; — et celles enfin que le premier de ces deux auteurs vous a présentées sur le *tétanos céphalique*, à propos d'une observation de M. Charvot.

Il est permis de rapprocher des travaux qui précèdent, l'incident soulevé par M. Lannelongue, à propos d'un *kyste hydatique des muscles* et les recherches de M. Reclus sur la *spermatogenèse dans l'oblitération de la vaginale*, ainsi que sur la nature et le traitement de la *maladie kystique du sein*, question introduite par notre collègue à propos de la présentation d'une malade, et qui a été l'objet d'une intéressante discussion.

J'en viens aux *affections des viscères et appareils*.

Vous n'avez pas songé, et avec raison, à rouvrir la discussion sur la cure radicale des *hernies* dont vous vous étiez longuement occupés l'an dernier. M. L.-Championnière s'est contenté de vous rapporter une curieuse observation de M. Largeau, dans laquelle, chez un enfant de 5 ans, atteint d'épiplocèle tuberculeuse et d'hydrocèle, notre confrère de Niort, paraît avoir réussi à faire du même coup la cure radicale de l'épiplocèle, de l'hydrocèle et de la tuberculose très probable du péritoine. Une seconde communication sur les hernies vous a été faite par M. Peyrot, qui vous a montré que le volume excessif des *franges épiploïques* pouvait

être une cause très réelle, bien que peu connue, d'*irréductibilité de l'intestin*.

Je ferai pour l'*ovariotomie* une remarque analogue à celle que je viens de présenter au sujet de la cure radicale des hernies. L'opportunité et la valeur de l'*ovariotomie* ne sont plus guère discutées parmi vous. La question est jugée. On se borne à vous signaler en passant quelques cas remarquables, soit par le volume de la tumeur, soit par quelque particularité anatomique; tels sont les faits de M. Polaillon : gros *kysto-sarcome de l'ovaire*; de M. Quénu : *ovariotomie pour une ovarite*; de MM. Tillaux et Terrier : volumineuses *tumeurs fibreuses du ligament large*. Ou bien encore, à l'exemple de MM. Terrillon et Terrier, on vous apporte des statistiques intégrales, montrant jusqu'à quel point, en de telles mains, peut descendre le chiffre de la mortalité opératoire.

La *taille hypogastrique* est aussi une de ces opérations qui n'ont plus besoin d'être défendues. On ne discute plus que ses indications, qui vont se multipliant, et certains détails de technique.

J'avais eu l'occasion, l'an dernier, de vous montrer que, grâce à la vulgarisation de la taille sus-pubienne, le *cathétérisme rétrograde* tendait à reprendre droit de domicile dans la chirurgie des voies urinaires. M. Tillaux et M. Terrier ont défendu, cette année, la même idée, l'un, à propos d'observations personnelles, l'autre, en vous faisant part d'un fait dû à M. Defontaine. Une observation de M. Rohmer a même fourni à M. Berger l'occasion d'examiner devant vous les indications de la taille sus-pubienne, au cours de l'*hypertrophie de la prostate*.

Pour ce qui est de la *technique* de la taille hypogastrique, vous vous êtes surtout arrêtés à discuter l'opportunité de l'emploi du ballon rectal recommandé par Petersen pour faciliter la découverte et l'ouverture de la vessie. Deux faits de perforation du rectum, à la suite de l'application du ballon, observés, l'un, par M. Nicaise, l'autre, par M. Routier, montrent que le procédé peut n'être pas sans danger. Mais, pour la plupart, vous avez admis, contrairement à l'opinion de M. Després, que ces cas malheureux sont exceptionnels et que la distension du rectum facilite singulièrement soit l'incision de la vessie, soit les manœuvres que l'on peut être appelé, dans les cas de tumeurs, par exemple, à exécuter dans sa cavité.

Le *cancer du larynx* qui a tant occupé nos voisins ne pouvait ne pas attirer aussi votre attention. M. Le Dentu a pris occasion d'une observation personnelle pour vous présenter, avec des documents statistiques intéressants, ses vues sur les indications de l'extirpation totale et les services que l'opération, pourvu qu'elle soit précoce, peut être appelée à rendre.

Je signale, parmi les affections du même appareil, les cas d'*œdème aigu de la glotte*, qui vous ont été communiqués par MM. Du Cazal, Yvert, Lacronique et Audet. M. Chauvel, en analysant ces faits, vous a bien montré ce que la pathogénie de ces accidents pouvait encore avoir d'obscur.

C'est aussi à notre distingué secrétaire général que revenait de droit l'étude des travaux relatifs à la *chirurgie de guerre*, qui vous sont adressés par nos laborieux confrères de l'armée. Je vous remets tout particulièrement en mémoire les recherches de MM. Meynier et Nimier sur les *effets des nouveaux projectiles de petit calibre*. M. Chauvel vous a dit les résultats auxquels ses collègues étaient arrivés, vous faisant part en même temps des études personnelles qu'il a entreprises à ce sujet. Vous lirez avec intérêt, dans nos bulletins, le résumé de ces expériences qui ne se prêtent évidemment pas à une analyse, même sommaire.

Le revolver, l'arme des civils, ne fournit à ceux d'entre nous, qui n'appartiennent pas à l'armée, que trop de *plaies par armes à feu* à soigner. Je vous ai déjà rappelé que c'est surtout à propos de faits de ce genre que s'est agitée notre grande discussion sur les plaies pénétrantes de l'abdomen. Tout récemment, M. Berger vous communiquait deux observations de *balles de revolver logées dans les cavités de l'oreille*, et vous montrait qu'il y avait là matière à intervention habile et heureuse.

Je ne puis terminer cette longue revue de vos travaux — si j'ai été long, ne vous en prenez qu'à vous-mêmes — sans noter au moins d'un mot les cas nombreux, omis jusqu'ici, dans lesquels vous avez su mettre efficacement en œuvre les ressources multiples de la thérapeutique chirurgicale.

Les noms se pressent sous ma plume : celui de M. Berger, vous rappelant, à propos d'une communication de M. Poncet, ses belles observations d'*autoplastie par la méthode italienne modifiée*; — de M. Le Dentu, vous faisant part des résultats qu'il a obtenus dans un *ostéome diffus des os de la face* par la résection des parties hypertrophiées; dans l'*éléphantiasis du nez* par la décortication; dans un pied bot par une *tarsectomie* étendue; — de M. Quénu décrivant le procédé anaplastique qu'il a appliqué à la guérison des *fistules du sinus maxillaire*; — de M. Després établissant les services que la *suture à distance* peut rendre dans certaines fistules rebelles — de notre excellent président vous mettant à même de juger des résultats définitifs que peut donner l'*amputation de Chopart* et la *désarticulation du genou*, opérations trop vantées autrefois, aujourd'hui trop abandonnées peut-être; — de M. Th. Anger vous montrant un *hypospade* auquel il avait, par son pro-

cédé, refait un canal de 12 centimètres; — de MM. Terrier, Schwartz, Jalaguier, préconisant la *résection articulaire dans les déviations congénitales ou acquises des orteils*; — de M. Terrillon, enfin, vous entretenant de l'utilité de l'*intervention chirurgicale dans les attitudes vicieuses des membres consécutives à la contracture*; ou vous présentant, à propos d'un cas personnel et d'une observation de M. Tuffier, d'intéressantes considérations sur les accidents qui peuvent, dans une *gastrostomie*, heureuse d'ailleurs, suivre l'établissement de la fistule.

Je m'arrête, Messieurs, non que je me flatte d'avoir été complet; mais j'en ai dit assez pour établir l'activité de notre Société et la place qu'elle sait tenir dans le mouvement chirurgical contemporain. Sans forfanterie, comme sans fausse modestie, vous pouvez vous rendre le témoignage que vous n'avez pas démerité.

Reste, Messieurs, la partie la plus courte et non la moins agréable de ma tâche — celle qui consiste à vous adresser les remerciements d'usage.

Croyez que sur mes lèvres ils n'auront rien de banal.

Dès que, jeune encore et ne me voyant guère, même en pensée, à la place que j'occupe aujourd'hui, j'eus mis le pied dans cette enceinte, des sympathies me sont venues de toutes parts qui ne se sont jamais démenties. J'en ai été vivement touché, mais ne m'en suis pas fait gloire. Je les devais aux souvenirs laissés parmi vous par un père vénéré qui, il y a quarante-cinq ans, avec quelques amis presque tous aujourd'hui disparus, fondait la Société de Chirurgie de Paris.

Cette sympathie, accordée au fils d'un de vos plus anciens présidents, vous l'avez, cette année, de séance en séance, continuée, indulgente et amicale, à votre secrétaire. Il vous en remercie de grand cœur.

NOTICE

SUR LA VIE ET LES TRAVAUX

DU PROFESSEUR GIRAUD-TEULON

Par M. CHAUVEL,

Secrétaire général.

Si large est le champ ouvert par la médecine aux investigations nouvelles, si grande y est la variété des problèmes encore à l'étude, que toutes les intelligences, toutes les bonnes volontés, y trouvent aisément leur emploi. Joignez-y cet attrait spécial qui, chaque jour, fait de tous sans exception, plus souvent que ne pèche le juste, des médocastres improvisés et convaincus, des guérisseurs sans diplôme, et vous commencerez à entrevoir pourquoi certains hommes, parmi les puissants d'esprit, abandonnent pour elle leurs premières études et parfois une carrière déjà faite. Avocats dépouillent la toge, officiers déposent le sabre, mathématiciens désertent le calcul, pour se donner tout entiers aux études médicales. Chez ceux-ci, le fait est d'autant plus surprenant que, dans leur monde du chiffre, la médecine n'est guère considérée comme une science, moins encore comme une science exacte. Et cependant, c'est parmi les polytechniciens que se recrutent surtout ces disciples de la dernière heure.

Devons-nous tirer gloire de pareilles conquêtes ? Je ne suis pas, peut-être par instinct professionnel, de ceux qui mettent au-dessus de tout les Mathématiques, les sciences dites exactes. Il m'a toujours paru que la culture de l'algèbre n'exige pas plus d'intelligence que l'étude de la physiologie, et, pour devenir médecin, il faut autant de bon sens, de raisonnement, de pénétration, que pour calculer l'orbite des étoiles ou découvrir de nouvelles combinaisons chimiques. Ici, du moins, se trouvent la régularité, la constance, qui manquent dans les manifestations de la vie, et les lois qui régissent la marche des astres ne sont pas soumises à la mobilité incessante qui caractérise les phénomènes morbides. Sans doute cette mobilité n'est qu'apparente, et la nature obéit à des règles immuables. Mais la difficulté est de déterminer ces lois dans les conditions si complexes où s'agitent les êtres vivants ; la sagacité d'un Newton s'y trouverait en défaut.

S'il est vrai que l'éducation première laisse en chacun de nous des empreintes ineffaçables, s'il est vrai que nous conservons toute la vie la marque de la direction primitivement donnée à nos études, le mathématicien de jadis aimera de la médecine les parties les plus précises, celles où domine la physique et qui lui doivent leurs progrès. Il ne sera ni clinicien ni opérateur ; c'est sur la solution des problèmes mécaniques de la physiologie, de la chirurgie, qu'il portera ses efforts. Ainsi fit le collègue éminent dont j'ai entrepris de vous rappeler aujourd'hui les travaux et la vie, M. Giraud-Teulon.

C'est à l'étude de la mécanique animale, bientôt après à celle de l'ophtalmologie, que, devenu médecin à un âge déjà très avancé, il consacra toute son intelligence. A ses travaux d'oculistique, car notre Société a toujours réclamé comme sienne cette branche importante de la chirurgie, il dut de prendre rang parmi nous le 16 juin 1869 ; il comptait alors plus de cinquante ans. Il ne fut jamais parmi nos dignitaires, parmi les membres du bureau. Trop âgé pour qu'on lui pût imposer les fonctions de secrétaire, apanage de la jeunesse, au moins d'une jeunesse relative, il nous quitta bien avant le moment où il pouvait être appelé aux honneurs de la présidence.

Seul ou presque seul spécialiste, peut-être se trouvait-il un peu dépaycé dans cette enceinte. Depuis qu'aux Sichel, aux Desmarres, ces maîtres d'autrefois, avaient succédé des oculistes, la plupart étrangers, qui ne possédaient pas tous leur savoir et leurs qualités professionnelles, la *spécialité*, si je puis ainsi dire, avait perdu de son renom. Repoussés de l'enseignement officiel, ses représentants l'étaient à peu près également de nos sociétés savantes ; la porte, jadis libéralement ouverte, se fermait maintenant devant eux. Peut-être il serait bon pour nous de l'entre-bâiller à l'avenir. Ici, toutes les branches de la chirurgie doivent trouver une place. En est-il une qui ne se spécialise pas aujourd'hui ? Ce n'est pas une critique, je le dis hautement, c'est un simple vœu que j'exprime, car ceux qui se plaignent le plus de notre ostracisme sont justement ceux qui n'ont pas eu la constance nécessaire pour forcer l'indifférence ou briser le mauvais vouloir.

A la *Gazette médicale de Paris*, Giraud-Teulon confia ses premiers travaux. Homme de raisonnement sévère, la froideur de sa critique cadrerait assez mal avec l'ardente polémique de son rédacteur en chef, de Jules Guérin, pour qui l'intuition était bien supérieure à l'expérience, la théorie à l'observation patiente ; de Jules Guérin, qui ne pouvait admettre que les faits eussent l'audace de ne pas obéir aux lois qu'il avait édictées. L'accord cependant dura quelques années, et jusqu'en 1860, c'est par ce journal que notre

collègue se fit connaître et apprécier du monde savant. Les Considérations géométriques propres à préciser les rapports de situation du fémur avec le bassin dans les états morbides de l'articulation coxo-fémorale (*Gaz. méd. de Paris*, 1854) nous montrent, une fois pour toutes, la façon dont Giraud-Teulon comprend les problèmes médicaux, la nature des solutions qu'il propose. A Bonnet, à Nélaton, aux cliniciens, cherchant à préciser la position du fémur aux diverses périodes de la coxalgie, l'instinct géométrique, la méthode mathématique, ont, pour lui, trop généralement fait défaut. Il leur en apporte le concours. S'aidant de repères osseux, de mesures géométriques, il montre, par le calcul, s'il y a allongement ou raccourcissement réel du membre malade. Malheureusement, pour la hanche comme pour l'épaule, à laquelle, deux ans plus tard (*Gaz. méd. de Paris*), notre collègue applique la même méthode, les bases du calcul, les *mesures* n'ont qu'une valeur relative, une exactitude contestable. Tant qu'aux équations du second degré, c'est beaucoup demander aux praticiens que d'avoir su les résoudre au jour du baccalauréat.

Un parallèle un peu forcé des squelettes de la main et du pied (*Gaz. méd. de Paris*, 1854) conduit Giraud-Teulon à une passagère incursion dans le domaine de la chirurgie générale. Au carpe comme au tarse, il voit une voûte osseuse enveloppante que continuent le premier métacarpien et le pouce, le premier métatarsien et le gros orteil. Dans cette voûte vient s'enclaver, comme un coin, une pyramide formée par les quatre derniers piliers du métacarpe ou du métatarse supportant les os centraux du massif tarsien ou carpien. Ces pyramides, il propose de les séparer avec le bistouri de la voûte qui les enserme, opération d'exécution facile, suivant lui, mais dont l'utilité fonctionnelle, du moins au pied, nous paraît des plus contestables.

Aux physiologistes qui combattent la théorie d'Hiffelsheim, *le cœur bat parce qu'il recule*, la mécanique vient, par sa plume, apporter un appui. Notre collègue est moins heureux dans son Mécanisme de la production du relief dans la vision (*Acad. des sciences*, 1857). Il y attribue l'adaptation de la rétine aux sommets des cônes lumineux, à son déplacement sous l'action du muscle ciliaire. La membrane sensible se porte vers l'image, et la conscience de ce mouvement donne au sujet la sensation de la situation relative des divers points de l'objet ou du relief. Cette théorie géométrique ne résiste pas un seul instant devant une critique sérieuse ; son auteur ne tarda pas à l'abandonner.

Au reste, il s'occupait depuis plusieurs années de la rédaction d'un important ouvrage qui parut en 1858 : *Principes de mécanique animale, ou étude de la locomotion chez les animaux ver-*

tébrés. L'Académie des sciences couronna ce travail, inspiré de Borelli, et qui complète ou rectifie l'œuvre remarquable du physiologiste italien. La vraie rigueur scientifique, dit Giraud-Teulon, consiste plutôt à faire la part des éléments absolus et des données variables que présente toute question physiologique, qu'à vouloir renfermer dans les termes précis d'une équation, des circonstances et des influences qui échappent forcément, par leur nature, aux procédés de mensuration géométrique. Aux données fournies par l'anatomie, par l'électricité, sur l'action d'un muscle, il est indispensable de joindre des considérations mécaniques. Tous les mouvements articulaires se réduisent, en effet, *aux fonctions du levier simple*, et leur étude ne réclame rien autre que la connaissance des conditions d'équilibre du levier, l'application du principe fondamental de la dynamique, le principe *des vitesses virtuelles*. Il n'est pas vrai, comme l'écrit Borelli, que tout, dans la nature, exige d'immenses efforts pour des effets minimes. Si la disposition des forces y est, en apparence, défavorable à la grandeur de l'effet voulu, c'est que la conservation des *formes*, la recherche de la vitesse s'allient pour le mieux avec les leviers du 3^e genre. On se représente peu un animal dont les muscles, libres de toute entrave, se porteraient en droite ligne de l'extrémité d'un membre jusqu'à sa racine, au moment de leur contraction, pour retomber inertes le long des leviers osseux ; être fantastique dont la forme, incessamment changée, varierait dans des limites à nous inconnues. Raison de sentiment plus que de mécanique, étrange dans la bouche d'un pur mathématicien. Nous avons tous de ces absences.

L'homme est-il construit pour la station bipède ? La chose est peu douteuse, quel qu'ait été l'état de ses lointains ancêtres. Mais on peut rêver construction plus économique, plus sûre, car si l'élégance n'est pas contestable, au moins pour nous, la solidité laisse fort à désirer. La rapide fatigue qui suit la station verticale prouve que des forces musculaires entrent constamment en jeu pour la maintenir ; la contraction tonique seule ne suffit pas à fixer cet équilibre instable. Dans la marche également, les membres inférieurs, suivant notre collègue, n'oscillent pas comme un pendule simple, ainsi que l'ont cru les frères Weber ; s'ils se portent en avant, alternativement, c'est par l'action des muscles fléchisseurs de la cuisse.

Le mécanisme du saut offre, pour le physiologiste, une importance spéciale, parce que, chez l'homme, la course, la natation, se rattachent à ce premier mouvement. Pour Giraud-Teulon, le saut est une projection de la masse du corps par la détente brusque des membres inférieurs préalablement fléchis, suivant les lois de la balistique. Cette explication, moins nouvelle qu'il ne le pensait,

tout en reconnaissant sa ressemblance avec celle de Borelli, repose à peu près uniquement sur des considérations géométriques. Quand l'éminent professeur du Collège de France, M. Marey, publia ses premières recherches par la méthode des inscriptions graphiques, il n'aboutit pas aux mêmes conclusions. Le débat fut porté par notre regretté collègue devant l'Académie de médecine, en 1883. Il attaquait à la fois les expériences, les appareils, la méthode de son contradicteur, et lui, le mathématicien, il combattait avec des raisonnements, des formules, des faits soigneusement relevés. Par ses photographies instantanées, M. Marey montrait que le vol, le saut, se font sans à-coup; que toute action musculaire commence et finit lentement. Tenace dans ses idées, son adversaire les défendait avec ardeur, avec vivacité, parfois avec des arguments trop personnels. Sous les formes académiques, ses derniers discours sur la physiologie de la locomotion décèlent une animosité cachée, une sorte de mordant dépit, dont il n'était pas coutumier. Le combat finit faute de combattants, M. Marey se refusant sagement à poursuivre une discussion sans issue.

L'œuvre véritable de Giraud-Teulon, c'est l'ophtalmologie. Dans cette spécialité, devenue rapidement si grande, il se choisit un terrain limité : la *Dioptrique oculaire*. Dès 1859, il publie dans la *Gazette médicale de Paris* la théorie de l'ophtalmoscope et ses déductions pratiques. User d'un instrument sans en connaître le mécanisme est faire acte de simple manœuvre. A peine connue jusqu'alors, l'exploration des parties profondes de l'œil ne pouvait se généraliser que si on en comprenait le principe, si, à l'attrait puissant d'un nouveau procédé de recherche, s'ajoutait la sûreté des données ainsi acquises. Ces données, notre collègue en faisait saisir la valeur, l'exactitude; il en agrandissait le cadre par l'emploi comme optomètre du miroir réflecteur. Par la construction de son ophtalmoscope binoculaire (1861), qu'il perfectionnait encore un an avant sa mort (1886), en substituant une lumière directe à l'éclairage par réflexion, il procurait aux observateurs délicats la netteté plus grande des images et leur vision en relief.

En envoyant à l'Institut (1860) une note sur l'influence sur la fonction visuelle binoculaire des verres de lunettes sphériques, et en particulier de leurs régions prismatiques externes et internes, Giraud-Teulon laissait prévoir un travail plus complet. Il parut l'année suivante sous ce titre : *Physiologie et pathologie fonctionnelle de la vision binoculaire*. L'observation, dit l'auteur, bien plus que le calcul, doit être la base de semblables études. Si la mathématique n'y doit pas être sacrifiée à l'anatomie et à la physiologie, les sciences exactes, même dans les mains de Dulong, d'Arago, de Vallée, n'ont conduit qu'à des erreurs, parce qu'elles portaient de

propositions initiales erronées. C'est le stéréoscope, avec Wheastone, avec Brewster, qui montra la vision binoculaire simple par la coalescence de deux images dissemblables, et rejeta dans l'oubli la théorie des points *identiques* ou *harmoniques* des rétines, aussi bien que le plissement de la membrane nerveuse. A l'organe appartient, comme l'avait dit Serres d'Uzès, en même temps que les propriétés d'extériorité, de direction, la notion de la rencontre, de l'intersection dans l'espace des deux axes optiques prolongés, notion *innée*, non pas *cause*, mais *fait contemporain* de la sensation, absolument instantanée, de relief et de simplicité.

La pathologie, en cet ouvrage, offre moins d'intérêt. Le strabisme, la myopie, la presbytie y sont envisagés sous des points de vue qui n'ont plus cours aujourd'hui. L'adaptation de tous les instruments d'optique à la vision binoculaire par la décentration des oculaires associée à la double réflexion totale, principe de son ophthalmoscope, est trop coûteuse, trop délicate, pour s'être généralisée. Mieux inspiré et prévoyant les découvertes futures, notre collègue se demande déjà si les relations entre la lumière et la rétine, au lieu d'être d'ordre physique, comme on l'admettait il y a vingt ans encore, ne sont pas plutôt d'ordre chimique. Par malheur, rien ne vient appuyer, en son livre, cette conception absolument théorique.

Pour le strabisme également, tout en adoptant les doctrines de Jules Guérin, il entrevoit l'influence qu'exerce le besoin d'isoler des sensations trop dissemblables, le défaut de rapport entre la puissance de l'adaptation monoculaire et la convergence binoculaire, sur la dissociation des axes optiques. Ses *Leçons sur le strabisme et la diplopie* paraissent en 1863. Reproduction d'un cours fait à l'Ecole pratique de la faculté, elles ne sont qu'une adaptation française des travaux de de Graefe, de Donders; un résumé des progrès faits en Allemagne dans les dernières années. Très épris de l'étranger, froissé par la séparation systématique en France de la physique et de la physiologie, Giraud-Teulon, oublieux des études de Bonnet, de Baudens, de Guérin, célèbre en termes lyriques la reconnaissance que nous devons aux savants d'outre-Rhin. Certes, Donders, de Graefe, ont beaucoup fait en ces questions difficiles, et les vues supérieures du physiologiste d'Utrecht ont éclairé ces problèmes autant que la sagacité clinique du professeur de Berlin. Mais c'est de notre pays qu'étaient venues les premières recherches, un Français devait s'en souvenir. Dans ces *Leçons* apparaît nettement la théorie du strabisme par insuffisance congénitale des muscles de la convergence ou de la divergence, explication acceptable, vraie peut-être, mais qui n'est pas jusqu'ici démontrée.

Pour comparer des grandeurs, il faut entre elles une commune mesure; longtemps cette mesure fit défaut aux ophthalmologistes. Si l'on connaissait la sensibilité rétinienne, l'acuité de vision de Donders, il n'était pas possible d'en exprimer la valeur. C'est au deuxième Congrès international d'ophthalmologie que notre collègue présenta son échelle optométrique, réunion de caractères en une série progressive dont l'unité est l'intervalle de $1/10^{\circ}$ de millimètre qui, à la distance d'un pied, sous-tend un arc d'une minute. Plus tard, il l'adapta aux mesures métriques, et dans une seconde édition, parue en 1879, il prit comme base le *minimum separabile*, la limite de détermination devenant ainsi complètement indépendante de l'éclairage. En même temps il y ajoutait des zones circulaires formées de 30 en 30 degrés par des groupes de lignes parallèles, d'épaisseur et d'écart déterminés, pour la recherche de l'astigmatisme.

Poursuivant ses travaux, notre collègue publie, en 1863 : Causes et mécanisme de la production des images multiples de la polyopie monoculaire; Nouvelle Étude de la marche des rayons lumineux dans l'œil, et Interprétation nouvelle de la formule classique qui résume la théorie optique des lentilles (*Annales d'oculistique*, 1864); de l'œil considéré comme instrument dans le développement de l'intelligence (1866). Cette même année paraît, comme supplément au *Traité pratique des maladies de l'œil*, de Mackenzie, traduit par Warlomont et Testelin, son *Précis de la réfraction et de l'accommodation de l'œil, et de leurs anomalies*, où, sous une forme aphoristique, sont résumées les connaissances de l'époque.

C'était le moment où un ministre, libéral autant qu'érudit, poussait à la vulgarisation des sciences par la publication de petits volumes d'un prix comme d'un style accessibles à tous. *L'Œil, notions élémentaires sur la fonction de la vue et ses anomalies*, fut bien accueilli du public et eut une seconde édition en 1878. La science, dit notre collègue, perd à n'avoir pour interprètes que des oracles, et ses arrêts doivent être compris du plus grand nombre. Or, quel organe a plus d'importance que l'œil? C'est par lui que nous entrons en relation continue et facile avec le monde extérieur. Indispensable à nos premiers ancêtres pour lutter avec succès contre les animaux sauvages, pour atteindre leur proie comme pour défendre leur vie, la vue n'est pas moins nécessaire aux peuples civilisés. C'est à la vue que nous devons nos plus pures jouissances; ainsi que la science, les arts, la poésie n'existent guère que par les yeux. Que serait notre monde privé de la lumière? La perte de la vue est le plus grand des maux. Et tous, cependant, nous usons de nos yeux et nous en abusons, et de l'enfance à la vieillesse ne leur laissons pas de repos.

Mais revenons à notre livre. Je n'aime guère, pour ma part, ces essais de vulgarisation, maladie de notre époque. Entre le demi-savant qui juge et tranche de tout et l'ignorant qui se laisse guider par l'instinct naturel, je penche vers le dernier. L'un, du moins, n'oppose au progrès que son indifférence, pendant que le savant l'arrête par sa vanité, son orgueil ou son mauvais vouloir. Mais il faut céder à la mode et suivre l'impulsion d'en haut. Giraud-Teulon avait une excuse, l'amour de l'ophtalmologie. Son manuel, écrit sobrement, nettement découpé, se divise en trois parties : De l'œil comme instrument d'optique ; Association des yeux dans la vision simple ; Influence physiologique de l'âge sur la fonction visuelle. Nous y trouvons des définitions excellentes : voir n'est que sentir les objets extérieurs là où ils sont ; la vue est une sorte de toucher médiateur ; et de judicieux conseils. Notre collègue combat les préjugés des verres trop forts quand il s'agit des presbytes, trop faibles s'il est question des myopes, insistant avec raison sur ce fait que, par opposition aux premiers, les verres, dans la myopie, servent, non pas à voir mieux de près, mais bien à voir de moins près. Public et médecins, nous ne devons pas oublier que les membranes fibreuses, élastiques et extensibles de l'œil ne sont pas, comme les leviers osseux, insensibles aux actions musculaires, mais que, cédant à des pressions répétées, elles se distendent ou amènent de graves accidents.

Jusqu'au jour, encore éloigné, où il fit paraître son grand ouvrage : *la Vision et ses anomalies* (1881), résumé de ses travaux en ophtalmologie, Giraud-Teulon ne reste pas inactif. Dans les *Annales d'oculistique* dont il est le collaborateur assidu, il publie : en 1868 : Instrument pour la mensuration ophtalmoscopique de la papille du nerf optique ; Des éléments de construction de l'œil schématique. En 1869 : De l'influence des lentilles positives et négatives et de celle de leur distance à l'œil sur les dimensions des images ophtalmoscopiques de la papille dans les anomalies de réfraction, et particulièrement de l'astigmatisme, travail où il montre quel emploi on peut faire de ces variations de grandeur pour le diagnostic de l'état dioptrique de l'œil.

La substitution du mètre au pouce dans le numérotage des verres de lunettes n'était pas seulement l'introduction, dès longtemps désirée, du système métrique dans l'ophtalmologie, le remplacement d'une mesure variable par une unité fixe ; c'était également l'adoption d'une classification commode, rationnelle, en prenant pour base la valeur réfringente, la force ou la puissance des lentilles, en remplaçant par des nombres entiers les nombres fractionnaires, par une graduation régulière une série absolument sans régularité. Giraud-Teulon, tout en se ralliant en principe aux propositions de

Nagel et Monoyer, avait choisi comme unité la lentille de deux mètres de foyer, ancien numéro 72 des boîtes d'oculiste. Le congrès d'ophtalmologie préféra, comme mesure unité, le verre d'une longueur focale d'un mètre, la dioptrie, solution plus conforme au principe accepté par tous, et notre collègue se soumit, non sans quelques réserves, à cette décision.

Dans ses travaux sur la myopie (*Dict. encyclop. des Sc. méd.*, 2^e série, t. XI et *Ann. d'oculist.*, 1880), il combat la théorie de Javal sur l'action des fibres longitudinales du muscle ciliaire dans la production du staphylôme postérieur. Pour lui, la myopie progressive résulte de l'augmentation de pression, de la distension au voisinage de la papille optique, produite par le resserrement de la sangle contractile formée par les deux obliques dans les mouvements de convergence. Chez nous, où il siégea du 16 juin 1869 au 5 juillet 1882, comme membre titulaire, Giraud-Teulon, trouva moins souvent l'occasion de ces discussions mathématiques ; il sut s'y occuper de questions moins difficiles et plus pratiques. En 1869, des rapports de position à établir dans les opérations qui intéressent la cornée, entre le chirurgien, l'opéré et la source d'éclairage, eu égard au point brillant de l'œil. En 1870, de la cataracte glycosurique. En 1871, des iritis très rares qui peuvent être rattachés à la syphilis héréditaire. Il signale, en 1872, les bons effets des courants électriques continus dans les paralysies et les contractures des muscles de l'œil, dans les opacités de la vitrine ; il admet, avec Monoyer, l'excision partielle contre le relâchement du sac lacrymal.

Homme de science bien plus que de pratique, notre collègue ne fut jamais, m'a-t-on dit, un très habile opérateur. C'est un talent qu'on n'acquiert plus ou bien difficilement, si les débuts sont tardifs. Dans la longue discussion de 1873 sur l'opération de la cataracte, il prit partie pour l'incision linéaire pure contre les sections périphériques quasi-linéaires, adoptant le procédé de Kùchler, qui coupe transversalement la cornée à un millimètre ou deux au-dessus de son méridien horizontal. La porte de sortie est large, l'affrontement des lèvres de la plaie est naturel et permanent, et si les enclavements de l'iris se montrent d'habitude, ils n'ont aucun inconvénient. Ainsi parlait la théorie ; il fallut bientôt en rabattre, et dès l'année suivante, avouer que la méthode n'était pas sans danger surtout dans les rigidités séniles de la membrane irienne. Actuellement, la section transversale médiane de la cornée n'a guère plus aucun partisan et le double lambeau de notre distingué correspondant, le D^r Vibert du Puy, n'a pas reçu meilleur accueil.

Dans le traitement du glaucome, Giraud-Teulon repousse l'in-

cision sclérale du professeur Lefort, n'admettant pas la théorie de l'épanchement séreux supra-choroïdien. Il rejette de même la *sclérotomie* équatoriale transverse de Nicati, et s'en tient à une large iridectomie. Il est aussi net dans sa réprobation du tatouage de la cornée, des larges débridements de Boucheron dans la strabotomie, de la névrotomie optico-ciliaire ou énérvation de l'œil, substituée à l'énucléation classique. En ses critiques, l'avenir lui donna raison quelquefois, et la ténotomie partielle proposée et employée par Abadie après de Graefe, pour combattre le développement de la myopie progressive, n'a pas jusqu'ici recruté beaucoup de partisans. Au contraire, notre collègue accepte l'opération de Bader contre le kératocone, l'excision partielle de la conjonctive dans les granulations incurables, l'enlèvement du globe en cas de tuberculose intra-oculaire si la sclérotique est demeurée intacte. Il se rallie également, dans un rapport consciencieux et étudié, complet comme il avait l'habitude de les faire, à l'origine traumatique ordinaire, par greffe dermique ou épidermique des kystes de l'iris, origine démontrée par le professeur Masse, de Bordeaux.

Au *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Giraud-Teulon a donné les articles : Station, Locomotion, Mécanique animale, et, en ophtalmologie : Corps vitré, Échelles optométriques, Diplopie, Mydriase et Myopie, le plus important de cette série. A l'Académie de médecine, où il entre le 30 juin 1874, dans la section de physique et de chimie médicales, il prend part à toutes les discussions qui rentrent dans sa spécialité et pour début appelle l'attention de ses collègues sur *les troubles fonctionnels de la vision dans leurs rapports avec le service militaire*. Déjà soulevée au congrès international de Bruxelles, l'année précédente, la question avait des côtés délicats. En la prenant uniquement au point de vue scientifique, médical, Giraud-Teulon en arrivait à attaquer violemment la compétence des conseils de revision, à blâmer comme incomplète et retardataire au point de vue des méthodes d'examen conseillées, l'Instruction du Conseil de santé des armées, à demander la transformation du médecin militaire, expert et simple consultant, en un juge suprême ; enfin à réclamer l'adjonction d'un spécialiste pour l'examen des déficiences visuelles des conscrits. Poussant encore plus loin ses exigences, il voulait que l'ophtalmoscopie devint obligatoire et émettait le vœu que des commissions spéciales fussent appelées à déterminer le degré d'acuité visuelle compatible avec le service armé pour le soldat et pour l'officier, avec les services accessoires ; le degré des amétropies permettant l'accès aux écoles militaires et au volontariat.

Quelques-uns de ses collègues lui firent prudemment observer

qu'il n'appartenait pas à l'Académie de critiquer la composition et la compétence d'institutions établies par la loi, de donner à un ministre un avis qu'il n'avait pas sollicité, et au Conseil de santé formé des hautes notabilités médicales de l'armée, des indications sur la marche à suivre dans l'examen de l'aptitude militaire. Comme le faisaient remarquer MM. Legouest et M. Perrin, la situation d'*expert* place le médecin au-dessus des juges, tout en dégageant sa responsabilité sur les décisions du conseil. Au reste, les desiderata formulés par Giraud-Teulon étaient ou réalisés déjà ou sur le point de l'être. Le port des lunettes dans l'armée devenait bientôt facultatif, et les médecins militaires, depuis plusieurs années, trouvaient au Val-de-Grâce un enseignement spécial pour l'ophtalmologie. Sous l'impulsion d'un maître éminent, notre collègue M. Maurice Perrin, l'oculistique prenait à l'École d'application de la médecine militaire la place importante qui lui est due, place qu'elle a conservée jusqu'ici. L'appel de Giraud-Teulon n'avait donc pas sa raison d'être. Peut-être cependant lui devons-nous quelque reconnaissance pour avoir insisté sur la nécessité de ces connaissances spéciales, que la multiplication des affections oculaires, par l'adoption du service obligatoire, rend chaque jour plus indispensable au médecin expert. Si j'ai bonne mémoire, ce n'est pas sans résistance que l'Ophtalmologie fit son entrée dans notre école militaire ainsi que dans les facultés. Ceux qui ne l'ont jamais sue ou qui l'ont oubliée, se montrent plus disposés encore, aujourd'hui même, à restreindre ce qu'ils nomment ses envahissements qu'à favoriser son développement rationnel.

En 1878, à propos d'un mémoire de V. Tixier : *la Fixation des images sur la rétine*, notre confrère, rejetant l'hypothèse de Joung sur les couleurs dites fondamentales, fait l'éloge de la théorie photochimique déduite de la découverte du pourpre rétinien. En 1883, de nouveau, s'appuyant sur les expériences de Charpentier pour séparer la sensibilité chromatique de la sensibilité lumineuse, il combat vivement les conceptions physiologiques de Donders. Il donne pour excuse à son insistance que : l'élimination d'erreurs trop longtemps respectées n'est pas toujours la contribution la moins profitable au progrès de la science. Puisant dans sa pratique, il montre à l'Académie les avantages du *graphoscope* dans le diagnostic des asthénopies, les heureux effets des courants continus contre l'hyalitis au début, les conditions de la vision dans l'hypermétropie. Abandonnant le calcul et la mécanique, il en vient à invoquer un principe de dynamique vivante, une action nervoso-musculaire, tant psychique que réflexe (?), pour expliquer la persistance d'une certaine accommodation chez les jeunes hypermétropes. Chez eux aussi, l'adynamie se traduirait par un changement dans

la coloration des vaisseaux rétiens, signe nouveau des lésions intimes de la nutrition fournis par l'examen ophtalmoscopique. Dans cette voie, la pente était glissante, le champ des hypothèses trop largement ouvert. Il s'agit, en effet, d'observations délicates, d'appréciations difficiles, pour lesquelles nous avouons sans honte notre impuissance abolue.

Quand un homme voit approcher le terme de son existence, souvent, jetant un regard en arrière, il aime à rapprocher, à réunir, les travaux qu'il a semés sur sa route. C'est en 1881, à l'âge de 65 ans, que Giraud-Teulon fit paraître ce résumé de sa vie scientifique : *la Vision et ses anomalies*; cours théorique et pratique sur la physiologie et les affections fonctionnelles de l'appareil de la vue. Pour nous, qui venons d'analyser ses publications antérieures, l'ouvrage n'a rien de bien nouveau. Nous y retrouvons sa conception personnelle de la vision binoculaire, habilement défendue contre les attaques d'Helmholtz et de Donders dont il combat les théories par trop métaphysiques. Nous y trouvons aussi les plaintes habituelles sur les dangers de la myopie scolaire, dangers qui croissent avec la valeur intellectuelle des sujets et le capital acquis qu'ils représentent. Chacun sait cela, nos oreilles en sont rebattues, mais allez donc demander des réformes à ces universitaires endurcis qui ont pâli sur les livres et se vantent, après cinquante ans d'un tel labeur, de pouvoir, sans lunettes, déchiffrer les plus obscurs manuscrits. L'hygiène pour eux n'a point de sens et, volontiers, ils mesureraient au chiffre de la myopie le degré de l'intelligence.

Malgré les expressions d'*intégrale*, de *résultante* et autres, qui trahissent encore son éducation première, notre collègue s'attache à ne faire à la mathématique que les emprunts absolument imposés par la nature géodésique de la fonction visuelle. Les journées, dit-il avec raison, n'ont que vingt-quatre heures pour tout le monde; il faut savoir réduire au simple exigé les connaissances nécessaires.

N'imitons pas les gens qui au lieu de 0 (zéro) écrivent $\frac{1}{\infty}$; les savants qui pour exprimer que deux couleurs s'équilibrent, se balancement, disent que $\frac{dC}{C} = \frac{dF}{F}$ ou que les différentielles des logarithmes de leurs intensités, sont égales entre elles. Écrire dans un langage compréhensible; dire clairement, simplement, est la preuve d'un grand savoir et d'un judicieux esprit. Certaine école étrangère semble l'avoir oublié, et Giraud-Teulon en appelait aux lecteurs de l'optique physiologique d'Helmholtz. Ce n'est pas que parfois, ainsi que dans sa thèse de doctorat (*Mécanique animale*). — *Recherches analytiques sur le mécanisme de la respiration*, il n'assemble des formules qui, simples peut-être pour l'École

Polytechnique, n'ont pas cours à la Faculté de médecine; mais on peut lui pardonner ces réminiscences et passer au chapitre suivant. Il prend lui-même le soin d'y inviter le lecteur, en donnant à ces passages un texte tout spécial et des moins engageants, il sent que médecine et algèbre ont peu de communs rapports.

Né à La Rochelle, le 30 mai 1816, d'une vieille famille huguenote, Marc-Antoine-Louis-Félix Giraud, appartenait par son grand-père, député de l'Aunis à la Convention, au parti libéral et républicain. Sorti de l'École Polytechnique en 1838, officier d'artillerie pendant quelques mois, il quitte la carrière militaire étant encore à l'École de Metz pour épouser la fille d'un député du Gard, Émile Teulon, dont il ajouta plus tard le nom à son nom personnel. Étudiant en médecine à Montpellier, il passe sa thèse de doctorat à Paris, le 15 mars 1848, quelques semaines après la révolution qui jetait dans l'exil la branche cadette des Bourbons. Entraîné par la fièvre politique, illusionné comme beaucoup, il accepte d'être envoyé dans le département de l'Ardèche comme commissaire du gouvernement provisoire. La préfecture des Hautes-Alpes fut la récompense de son administration intègre; il la conserva jusqu'à la fin de l'année 1851. Déjà sa foi était terriblement ébranlée, son enthousiasme éteint, et, malgré les offres d'une situation supérieure faites au nom du Prince-Président, il quitta résolument son emploi. Peut-être son séjour de quelques années à Nice, sur ce territoire alors étranger, n'eut-il pas pour unique motif la santé délicate de sa femme. Le gouvernement impérial n'admettait pas volontiers qu'on refusât ses faveurs, et le démissionnaire de 1851 pouvait bien être un des suspects du lendemain.

C'est de Nice que, devenu Giraud-Teulon, notre confrère envoyait ses premiers travaux à la *Gazette médicale*. En 1856, il rentre à Paris pour toujours et y continue ses études critiques, ses mémoires originaux. Son style sévère, un peu monotone; sa critique sans compassion pour les fautes, sans pitié pour les erreurs, n'étaient guère d'un journaliste. Il n'avait ni l'élégance qui charme, ni la facilité qui séduit, ni l'enthousiasme qui entraîne; en chaque chose il cherchait le point faible, le raisonnement vicieux ou l'expérience fautive. Homme du fait, il ne dédaignait pas cependant l'hypothèse, mais il la voulait logique et rationnelle. Habitué aux solutions mathématiques, il prétendait apporter dans les problèmes de la médecine la même précision, la même exactitude. C'était dépasser le possible, il l'éprouva plus d'une fois.

Un éminent chirurgien qui sut grouper autour de lui les hommes de labeur et d'initiative, un maître qui aimait à s'adjoindre toutes les compétences, qui devina Duchesne et protégea Fauvel et Krishaber, j'ai nommé le professeur Nélaton, aida Giraud-Teulon à sortir de

la foule en l'appelant à sa clinique pour y vulgariser l'emploi peu répandu jusqu'alors (c'était vers 1862), de l'examen ophtalmoscopique. Vers le même temps notre collègue inaugurait à l'École pratique un cours dont il publia bientôt les leçons. Nous avons dit l'importance de ces ouvrages, ils commencèrent la réputation scientifique de leur auteur.

En 1864, à l'imitation des autres oculistes, Giraud-Teulon fonde une clinique libre, gratuite, qu'il dirige pendant 13 ans. En 1877 il la cède à son parent et digne élève, le Dr Badal, aujourd'hui professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. C'est à Badal, c'est à ses chefs de clinique qu'il laissait l'exécution des opérations délicates quand son âge le lui rendit difficiles. Sans dédaigner les soins à donner aux maladies oculaires communes, il se réservait l'étude des altérations de réfraction, les examens ophtalmoscopiques où il excellait. Après le siège et la commune, vivement frappé par les événements de l'année terrible, notre collègue se retira à Saint-Germain et bientôt y fixa définitivement sa demeure. Chaque jour il venait à Paris pour sa clinique, pour ses consultations, pour les séances de l'Académie et de la Société de chirurgie auxquelles il manquait très rarement. D'abord froid, très réservé, il suivait avec une attention scrupuleuse les discussions en cours. Si le sujet était de sa compétence, il n'hésitait jamais à faire connaître son avis. Ses rapports extrêmement travaillés, témoignent hautement de son labeur. Certes il n'est pas tendre pour les hypothèses aventureuses ou les hâtives conclusions, mais s'il se montre dur pour les idées, ses critiques ne s'adressent qu'aux doctrines. Pour ses confrères il n'a d'habitude que de bonnes paroles et sait excuser leurs méprises en raison du travail qu'elles leur ont pu coûter.

Ses communications nombreuses aux sociétés savantes portent sur des recherches originales ou sur des points contestés de la science. L'expérience et le raisonnement, le raisonnement surtout, sont la base de son argumentation. Tenace dans ses idées, il ne cède pas aisément, et pour défendre des convictions profondément enracinées, il épuise toutes les ressources de la dialectique. Appuyé sur un savoir étendu, sur des connaissances encyclopédiques, il est un adversaire redoutable. Malheur à qui tombe sous sa plume. Pas un lapsus dont il ne profite, pas un oubli qu'il ne relève, pas une assertion hasardée dont il ne montre la fausseté. S'il sait, presque toujours, rester dans la mesure, ce n'est pas que sa critique ne soit mordante, ses épigrammes acérés. Il ne déclame pas, il n'improvise pas, il lit. Mais sa diction lente, son timbre un peu aigre, n'enlèvent rien à la vivacité des traits dont il frappe ses contradicteurs.

Au fond, Giraud-Teulon était un excellent homme, et sa réserve,

sa froideur apparente, cachaient une sensibilité exquise, un amour profond de l'humanité. Utopiste à ses premières heures, l'âge et les luttes de la vie l'avaient rendu moins confiant sans détruire complètement ses illusions de jeunesse. Tous ses collègues l'estimaient pour son caractère, l'aimaient pour sa franchise et la sûreté de ses relations. A Saint-Germain, il traitait gratuitement les pauvres. Chez lui comme à l'hôpital, les malheureux furent toujours les bienvenus. Pour eux, sa bonté était grande, sa patience inépuisable; il leur donnait la meilleure part de son temps. En dehors de l'Académie, où il siégea jusqu'à son dernier jour, il avait, depuis quelques années, délaissé les sociétés médicales. Nommé, en 1879, au congrès d'Amsterdam, membre d'un comité chargé de réaliser la fondation d'une société d'ophtalmologie de langue française, il fit, par ses exigences, ses scrupules, échouer ce projet repris depuis avec succès, mais en dehors de lui. Son âge ne s'accordait plus avec ces rêves de l'avenir, il préférerait en laisser aux plus jeunes la réalisation.

Au reste, il n'était pas l'homme des concessions faciles, et jusque dans la mort il sut garder intactes les convictions de toute sa vie. Enlevé rapidement, le 19 août 1887, par une urémie foudroyante que ne laissait pas prévoir l'affection vésicale dont il était atteint depuis quelques années, il voulut que personne ne se dérangeât pour accompagner son cercueil. Ni la Société de chirurgie, ni l'Académie de médecine ne furent prévenues assez à temps pour assister à ses obsèques. A ses malades eux-mêmes, à ses pauvres, il interdit ce dernier témoignage de leur reconnaissance, et quelques amis, quelques fidèles, obtinrent seuls le droit de le reconduire et de pleurer sur sa tombe. Cependant, désireuse de payer sa dette à ce bienfaiteur de l'humanité, la ville de Saint-Germain décida de donner à une des salles de son hôpital, à la rue qu'il habitait depuis quinze ans, le nom de Giraud-Teulon. Les journaux lui consacrèrent quelques lignes et le silence se fit. Seules, les *Annales d'oculistique*, par la plume de Warlomont, ont dignement apprécié l'œuvre de leur collaborateur dévoué.

Messieurs, je n'ai pas pensé que justice fût ainsi rendue au savant modeste, à l'homme distingué que nous avons eu l'honneur de posséder dans nos rangs. De ces travaux frappés au coin d'une intelligence supérieure, de cette vie consacrée tout entière à la science, la Science a le devoir de garder la mémoire, de faire revivre, au moins pendant quelques moments, le souvenir glorieux pour la patrie. A l'heure où tant de gens arrivent à la renommée par le savoir-faire et par une honteuse réclame, il est bon de montrer aux générations qui nous suivent que le labeur honnête trouve, lui aussi, sa récompense, que la chirurgie sait reconnaître

ses fidèles et leur donner, dans ses Annales, la place élevée que réclament pour eux leurs talents.

Prix décernés pour l'année 1888.

PRIX DUVAL

Il n'y a pas lieu de décerner le prix Duval, les thèses soumises à l'examen de la commission ayant été jugées insuffisantes ou ne répondant pas aux conditions du concours.

PRIX LABORIE

Un seul mémoire a été envoyé à la Société : *Contribution à l'étude du symblépharon*; il n'a pas paru susceptible d'être récompensé.

Prix à décerner en 1889.

1^o Le prix DUVAL, pour la meilleure thèse de chirurgie.

2^o Le prix LABORIE, à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet de chirurgie.

3^o Le prix GERDY. Sujet mis au concours : *Traitement des suppurations diffuses et enkystées du petit bassin*.

4^o Le prix DEMARQUAY. Sujet mis au concours : *Tous les abcès froids sont-ils tuberculeux ?*

Les thèses ou manuscrits destinés aux concours pour les prix doivent être déposés au siège de la Société (3, rue de l'Abbaye) avant le 1^{er} novembre de l'année 1889. Pour les autres conditions, voir le premier fascicule des *Bulletins et mémoires de la Société*.

Le Secrétaire général,

CHAUVEL.

Séance du 2 janvier 1889.

Présidence de M. POLAILLON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Trois observations d'*osphorectomie*, par le D^r RÖHMER (de Nancy) (Commissaire, M. Berger). Nombreux travaux de chirurgie, par le même (thèses, mémoires, etc.) ;

3° *Empyème datant de vingt-quatre ans, avec plaques osseuses*, par le D^r PSALTOFF (de Smyrne) (Commissaire, M. Nélaton) ;

4° Une lettre informant la Société de la mort de M. POULET, médecin-major, agrégé du Val-de-Grâce, membre correspondant national.

Rapport.

Sur une observation de *persistance des règles à la suite de l'ablation des annexes de l'utérus*, par le D^r MACARIO (de Nice).

Rapport par M. MOXON.

Je profite de la discussion ouverte sur les salpingites et des faits qui vous ont été communiqués incidemment par M. Quénu et par M. Terrillon, de persistance des règles après l'ablation complète des annexes, pour vous communiquer une observation analogue de M. Macario, sur laquelle vous m'avez chargé de faire un rapport sommaire.

Voici ce fait : jeune femme (l'âge exact n'est pas indiqué) atteinte d'inflammation des annexes de l'utérus ; opérée par Lawson Tait, qui fit l'ablation des deux ovaires. Guérison rapide. « Depuis lors, les règles ont reparu chaque mois ; elles persistent aujourd'hui encore, deux ans après l'opération. »

M. Macario ajoute que, pour expliquer cette persistance des règles, on ne peut ici, en raison de l'habileté bien connue de l'opérateur, s'en prendre à une ablation incomplète des ovaires.

J'en dirai autant pour le cas de M. Quénu et de M. Terrillon.

Il y a évidemment là un point de physiologie pathologique encore mal connu.

La malade dont je vous ai parlé moi-même, au cours de la discussion sur *la castration ovarienne dans les fibromes utérins*, a été revue par moi en novembre dernier; elle est actuellement complètement débarrassée de toute perte sanguine. Je vous rappelle qu'opérée en avril 1886 elle avait continué à perdre du sang avec une certaine régularité pendant seize mois; deux fois cette perte avait pris le caractère d'une véritable métrorrhagie. J'ajoute que cette femme a aujourd'hui atteint l'âge de 41 ans, et que cette suppression, qui paraît définitive, coïncide avec l'âge de la ménopause.

Suite de la discussion sur les salpingites.

M. L.-CHAMPIONNIÈRE. Je n'ai point l'intention de reprendre complètement l'histoire des salpingites. Les arguments dont on s'est servi pour combattre mes opinions ne peuvent entraîner la conviction: de simples affirmations sont insuffisantes pour cela.

Je viens donc insister sur certains faits anatomo-pathologiques répondant aux assertions de MM. Terrillon et Quénu. M. Terrillon prétend que la muqueuse tubaire est toujours altérée dans sa totalité jusqu'à l'utérus.

Or, j'ai constaté bien des fois qu'il existe une indépendance bien réelle, au point de vue pathologique, entre la muqueuse des angles utérins et celles des trompes. J'ai trouvé presque toujours la muqueuse angulaire saine, alors que celle de la trompe présentait des altérations.

M. Terrillon appuie son dire sur des résultats fournis par l'examen histologique; mais je puis, de mon côté, affirmer que, macroscopiquement, on ne voit d'ordinaire aucune lésion de la muqueuse du tiers interne de la trompe.

Des autopsies pratiquées avec le plus grand soin sur des femmes mortes d'accidents puerpéraux ont montré une muqueuse utérine indemne dans les deux tiers des cas. Le col seul offrait des altérations, ainsi que la muqueuse qui en est voisine. Les cas qui contreviennent à cette règle sont très peu nombreux.

J'ai pu, dans des travaux antérieurs, déterminer la marche des lésions par celle des lymphatiques.

Tout au plus pourrait-on admettre deux catégories de salpin-

gites : les unes se transmettant par continuité, de la muqueuse utérine à celle de la trompe ; les autres, de beaucoup les plus fréquentes, sont consécutives à des lymphangites.

L'objection de M. Quénu à ma manière de voir a trait à la direction normale des vaisseaux lymphatiques de la région ; mais, sur les femmes en couches, il existe des réseaux de volumineux lymphatiques qui, nés dans la région du col, viennent ramper sur le pourtour de la trompe et s'abouchent à ce niveau avec des vaisseaux provenant de l'ovaire.

Les anatomistes français, Sappey et Cruveilhier, ne donnent à ce sujet que des renseignements incomplets. Seul Cruveilhier, dans son anatomie pathologique, se rapproche de la vérité.

M. Terrillon a prétendu que ma théorie excluait toute intervention chirurgicale, et je n'en vois pas bien le motif ; car, une fois la lésion constituée, quel qu'en soit le processus pathogénique, elle est justiciable de la même thérapeutique.

Je pense, comme lui du reste, que le chloroforme n'est pas indispensable pour le diagnostic, et qu'une certaine habitude permet de se passer du secours de cet agent.

Au point de vue opératoire, l'extirpation seule donne des résultats définitifs ; la ponction, le cathétérisme des trompes, etc., ne constituent que des ressources illusoires.

Les opérations de salpingite se compliquent rarement d'accidents septiques. Lorsque la lésion est suffisamment éloignée de son début, l'agent infectieux est enkysté ; les parties sont donc mises facilement à l'abri de ses souillures. Aussi ai-je renoncé au drainage péritonéal.

Je cautérise énergiquement l'angle de l'utérus, au niveau de la section de la trompe, et cela moins pour éviter les complications que pour me conformer à une pratique préconisée déjà par Baker-Brown et Kees, et que j'applique au traitement des moignons d'une façon générale.

M. Terrillon est d'avis que les adhérences anormales, plus que toutes autres lésions, déterminent et entretiennent les douleurs. Les lésions sont très diverses et très variées ; elles peuvent porter tantôt plus sur la trompe, d'autres fois davantage sur l'ovaire. Ces variations, du reste, ont peu d'importance quant aux indications thérapeutiques.

Les douleurs persistantes ont une tout autre valeur ; ce sont elles qui, bien mieux qu'un diagnostic précis, souvent difficile à établir, doivent commander l'intervention.

J'ajoute un mot sur la façon dont se comporte la fonction menstruelle après l'extirpation des ovaires.

Je suis d'avis que les règles cessent après l'ablation com-

plète des deux ovaires. Le contraire ne s'observe qu'à la condition qu'une portion du tissu ovarique ait échappé.

Il est souvent difficile d'affirmer que ces organes ont été enlevés en totalité, et la plupart des cas où la persistance de la fonction cataméniale a été notée, tenaient à ce qu'une portion oubliée de leur tissu avait continué à fonctionner pendant quelque temps.

M. LE DENTU. Je viens présenter les pièces d'une malade opérée jeudi dernier. Cette femme, âgée de 40 ans, éprouvait depuis vingt ans, consécutivement à des accidents puerpéraux, des crises douloureuses d'une extrême intensité, dans les deux côtés de l'abdomen. Tous les traitements institués avaient successivement échoué.

Je fus donc conduit à poser le diagnostic de salpingo-ovarite et à proposer l'extirpation des ovaires.

L'examen sous chloroforme, en dehors d'une localisation plus précise des douleurs, ne permit de constater autre chose qu'une certaine rénitence au niveau de la région latérale droite de l'utérus et un volume un peu excessif de cet organe, ce qui me fit penser à la possibilité de l'existence d'un fibrome.

Je pus extirper les deux trompes, qui, très hypertrophiées, flexueuses, du volume du pouce, étaient fixées en arrière de l'utérus, dans la concavité du sacrum. Les adhérences furent difficilement détruites ; trois ligatures durent être appliquées. A gauche, même état ; adhérences moins résistantes. Il fut impossible de reconnaître l'ovaire.

L'opération ayant duré une heure trois quarts, je ne pus le rechercher avec tout le soin désirable. La malade présenta des phénomènes de dépression dans la journée qui suivit ; puis elle eut des accidents de péritonisme : paralysie intestinale, vomissements répétés, mais non porracés, sans élévation de température.

Je répète donc que les vingt années de souffrances endurées par la malade, bien plus que les signes objectifs fournis par l'examen direct, me décidèrent à intervenir.

Il y a dix-huit mois, je fus conduit à pratiquer la laparotomie chez une malade pour des douleurs internes remontant à dix ans. Du côté droit, les annexes étaient perdues dans des adhérences très solides.

Après un isolement des plus laborieux, qui ne dura pas moins d'une heure et demie, la trompe et l'ovaire furent enlevés. Ces organes avaient subi une véritable atrophie scléreuse.

La durée de l'opération me fit renoncer à l'ablation des annexes gauches.

Les suites furent très heureuses, et les douleurs cessèrent complètement à droite. Elles persistèrent à gauche et prirent une telle

intensité qu'un an après la première opération je dus intervenir à nouveau. Je tombai sur une trompe très petite, sur un ovaire friable, altéré, très difficile à amener au dehors.

Cette fois encore, le résultat fut favorable. La malade se remit complètement, ne conservant qu'une légère sensibilité à la pression.

Je n'ai donc eu qu'à me féliciter, dans ces deux cas, de m'être laissé diriger par la coïncidence de douleurs persistantes et rebelles avec des accidents anciens, de nature inflammatoire.

M. TRÉLAT. J'ai insisté, dans la dernière séance, sur ce fait qu'il convient d'opérer à bon escient, ni trop tôt ni trop tard. L'action chirurgicale vise plutôt les reliquats inflammatoires de la salpingite que l'inflammation des trompes elle-même. Si M. Le Dentu avait pu opérer ses malades quelques années auparavant, l'opération eût été bien plus bénigne et les adhérences moins solides.

M. LE DENTU. Je me rallie à l'opinion de M. Trélat. Mais on ne peut guère savoir à quel moment l'organisation des adhérences est assez complète pour que leur destruction offre des difficultés presque insurmontables. Je crois qu'on est autorisé à agir au bout d'un an à dix-huit mois.

Dans des cas plus récents, la réserve s'impose au chirurgien.

Lecture.

M. LEBEC lit une observation intitulée : *Grossesse extra-utérine de huit mois ; menaces de rupture ; laparotomie ; mort de la mère en quelques heures.*

Présentation d'instruments.

M. POLAILLON présente, au nom de M. Assaky (de Bukharest), un mensurateur du col de l'utérus ; c'est un compas d'épaisseur muni d'un curseur.

Élection.

Élection de huit correspondants nationaux.

Sont nommés au 1^{er} tour sur 24 votants :

| | |
|------------------|------------------------|
| MM. Auffret..... | 18 ⁷ /voix. |
| Charvot..... | 18 — |
| Defontaine..... | 19 — |
| Dubar..... | 23 — |
| Nepveu..... | 23 — |
| Tripier..... | 19 — |

Sont nommés au 2^e tour sur 27 votants :

| | |
|----------------|----------|
| MM. Hache..... | 21 voix. |
| Ovion..... | 14 — |

Élection de deux correspondants étrangers.

Sont nommés au 1^{er} tour sur 27 votants :

| | |
|-----------------|----------|
| MM. Assaky..... | 21 voix. |
| Chiene..... | 18 — |

La séance est levée à 5 heures.

Le Vice-Secrétaire annuel,

A.-H. MARCHAND.

Séance du 16 janvier 1889.

Présidence de M. LE DENTU.

ALLOCUTION DE M. LE DENTU

Messieurs et chers Collègues,

Par la combinaison de votre estime, de votre sympathie, d'une part, et, d'autre part, de l'ancienneté nécessaire pour devenir le candidat indiqué, on se trouve un beau jour élevé à la présidence de la Société de chirurgie.

L'honneur est grand ; tous ceux qui m'ont précédé à ce fauteuil l'ont senti et l'ont dit dans un élan de cordiale sincérité. Il a malheureusement sa contre-partie. Comment, après l'avoir obtenu, ne pas être amené tout naturellement à compter les années pendant lesquelles on a déjà siégé parmi vous ? On s'aperçoit alors qu'on n'appartient plus à la phalange des tout jeunes, qu'on est de ceux qui personnifient le présent et non plus l'avenir.

Il est vrai que cet honneur contient aussi en soi une large compensation à l'amertume de ce retour vers le passé, c'est la fière satisfaction de diriger vos travaux, de suivre de plus près l'évolution de votre activité. Et l'on n'a plus, après avoir compris la valeur de cette compensation, qu'une pensée, c'est de remercier chaudement ceux à qui on le doit. Soyez donc assurés de ma profonde gratitude.

Souvent vous avez entendu les présidents et secrétaires sortants émettre cette idée que l'année de leur exercice avait été d'une fécondité exceptionnelle; et ils ajoutaient que cette impression était peut-être une illusion commune à tous les présidents et secrétaires passés et futurs. Non, messieurs, ce n'était pas une illusion. C'était l'expression d'un fait incontestable.

N'est-il pas de toute évidence que le niveau de vos travaux, envisagés dans leur ensemble, s'élève chaque année avec celui de la chirurgie elle-même? La merveilleuse transformation de notre science, à laquelle chacun de nous tâche de contribuer de son mieux, a vivement stimulé votre patriotique émulation. Tout en acceptant dans une mesure variable les innovations venues de l'étranger, vous avez entrepris une œuvre de contrôle sévère qui a abouti, pour certaines d'entre elles, à une adoption définitive, d'où sortira, pour certaines autres, une condamnation relative ou absolue. Cette sorte de revision de la chirurgie des autres a été pour vous l'occasion de grands efforts personnels. Elle a mis en jeu votre initiative et l'a puissamment développée. J'applaudis sans réserve à cette marche en avant de la chirurgie française, à condition que celle-ci affirme de plus en plus sa spontanéité, son indépendance, et que ses productions emportent avec elles par delà la frontière la marque du génie national. Continuons, avec notre impartialité bien connue, à faire bon accueil aux nouveautés vraiment dignes d'imitation, mais restons nous-mêmes, avec les qualités et les défauts de notre race, et ne perdons pas trop de vue qu'après tout c'est aux premières que nous devons les belles périodes de notre histoire chirurgicale.

Je m'arrête, messieurs, mais auparavant permettez-moi de faire appel à toute votre bienveillance en ma faveur et d'adresser en votre nom des remerciements à mon honorable prédécesseur, M. Polaillon, pour son assiduité sans relâche qui a fait de ma vice-présidence une véritable sinécure.

M. le Président annonce que M. Bourgeois (d'Etampes), membre correspondant national, assiste à la séance.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques des deux dernières semaines;

2° Des lettres de remerciement de MM. AUFFRET, CHARVOT, DE-FONTAINE, DUBOIS, OVION, NEPVEU et L. TRIPIER, nommés membres correspondants nationaux ; de MM. ASSAKY (de Bukharest) et CHIENE (d'Edimbourg), nommés membres correspondants étrangers ;

3° L'Académie royale des sciences de Turin envoie le programme du septième prix Bressa ;

4° M. le D^r DARDE, médecin-major, envoie une observation de *Fracture par divulsion de l'extrémité inférieure du péroné, traitée par les bains chauds* (commissaire, M. Chauvel) ;

5° M. le professeur JOSÉ PEREIRA GUIMARREZ (de Rio-de-Janeiro) envoie, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant étranger, plusieurs brochures de chirurgie : *Luxation totale de la clavicule gauche ; Calcul vésical avec taille hypogastrique, etc., rupture de la cicatrice ; Hématome ancien ; Note relative à un cas d'aïnhum avec le moulage du pied* (commissaire, M. JALAGUIER) ;

6° Une lettre de M. le professeur LANNELONGUE, demandant à la société de vouloir bien lui conférer l'honorariat ;

7° Deux observations de *plaies pénétrantes de l'abdomen avec lésion des viscères*, par le D^r BAUDON (de Nice), membre correspondant national (lecture en sera faite dans une prochaine séance) ;

8° *Maladies chirurgicales de l'enfance*, par le D^r PIÉCHAUD, agrégé de la Faculté de médecine de Bordeaux ;

9° *Etude de la cure radicale de la hernie non étranglée, avec statistique de 120 opérations*, par M. J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE ;

10° *Hernie inguinale étranglée chez un enfant de 3 mois et demi*, par M. le D^r LEROY (de Villers-le-Bel) (commissaire, M. MONOD).

Présentation de pièce.

M. TRÉLAT présente le sac d'un anévrysme artério-veineux qu'il a extirpé samedi dernier. Le sac a 11 centimètres de long sur 10 de large. Sa paroi est mince, mais résistante. Elle est tapissée de concrétions calcaires de plaques athéromateuses et de débris de caillots adhérents. Il se prolongeait profondément sous le demi-tendineux et le jumeau interne. Il est formé aux dépens des parois de la veine. L'artère ouverte à sa partie supérieure lui est intimement accolée dans le reste de son étendue.

Après leur section, la veine avait un diamètre de 13 millimètres,

l'artère de 3 millimètres. La veine présentait des débris de valvules forcées. L'observation sera ultérieurement publiée entièrement.

Suite de la discussion sur les salpyngites.

M. ROUTIER. Messieurs, nouveau venu dans la Société, je suis très flatté d'avoir soulevé une discussion aussi importante que celle qui a suivi la lecture de mon mémoire. Je vous remercie donc de l'honneur que vous m'avez fait et en m'écoutant et aussi en me discutant.

Mais avant de répondre aux diverses critiques qui m'ont été adressées, permettez-moi de vous faire remarquer que la discussion a singulièrement dépassé les limites que je m'étais imposées dans la rédaction de mon travail.

Basé sur dix observations personnelles de salpyngites (dont 9 purulentes et 1 hématique) traitées par l'ablation des annexes, mon mémoire avait surtout pour but de montrer qu'en dehors de la puerpéralité il fallait considérer comme des salpyngites ces inflammations du petit bassin qu'on nous avait appris à connaître jusqu'ici sous le nom de phlegmons du ligament large, d'adénites, de lymphites rétro-pubiennes ; bien plus, qu'en dehors de la puerpéralité ces lésions n'existaient pas telles qu'on les a décrites, et que la pelvi-péritonite de Bernutz, qui réellement existe dans tout ces cas, est, comme l'a dit Aran bien avant nous, consécutive à l'inflammation des trompes et des ovaires.

Sur ce point, j'ai constaté avec plaisir que nombre des membres de la Société partagent ma manière de voir.

La salpyngite est en effet une maladie bien caractérisée, fréquente, que peu à peu on reconnaîtra mieux ; la maladie est loin d'être nouvelle, sa description seule et son traitement surtout sont relativement nouveaux.

Je n'avais pas abordé la question de doctrine, considérant pour ma part comme démontrée la théorie de la propagation de l'inflammation par les muqueuses. J'avoue que c'est la simplicité même de l'explication qui me séduisait, contrairement à ce qu'a soutenu M. Championnière, qui, c'est bien naturel, a défendu la théorie par les lymphatiques ; MM. Quénu, Terrier, Terrillon, Trélat, lui ont opposé toutes les objections que j'aurais pu faire valoir moi-même ; je ne dirai rien de plus ; permettez-moi cependant d'ajouter un argument puisé au cours de M. le professeur Cornil.

Notre savant professeur d'anatomie pathologique défend la théorie par propagation, et, étudiant la marche des microbes dans les or-

ganes génitaux de la femme, il dit : à l'état normal et sans traces d'inflammation, il y a des milliers de microbes à la surface de la muqueuse du vagin ; il y en a encore, mais beaucoup moins, à la surface de la muqueuse du col de l'utérus.

Jamais, à l'état normal, il n'y a de microbes sur la muqueuse de la cavité utérine : ils n'apparaissent qu'à l'occasion de l'inflammation. Or, tout le monde s'accorde à dire que les salpyngites sont précédées d'inflammation de l'utérus, puerpérales ou non puerpérales.

L'anatomie pathologique des salpyngites esquissée par les divers orateurs, notamment par MM. Championnière, Quénu, Richelot, Terrier, me prouve que je n'ai guère eu à opérer que des cas analogues à ceux qui pourraient être classés parmi les cas graves de leur série.

J'en dirai autant, et en connaissance de cause, à mon excellent maître et ami Terrillon, que j'ai assisté fréquemment dans ses laparotomies.

Comme je l'ai écrit dans mes observations, toutes les trompes que j'ai enlevées étaient ou purulentes ou remplies de caillots sanguins (1 cas seulement). — Quant à dire que la trompe n'est pas altérée près de la corne utérine, je viens malheureusement de constater le contraire dans un cas de pyosalpyngite, que je classerai sous le numéro 11 de ma série ; la trompe était friable et septique, comme vous allez le voir.

Obs. XI. — *Pyo-salpingo-ovarite. Extirpation. Mort.* — M..., âgée de 24 ans, fut réglée à 13 ans, toujours très abondamment. Le 15 juin 1888, elle accouche à la clinique ; douze heures et demie de travail, petite déchirure du périnée, délivrance artificielle une heure après.

Elle reste couchée cinq semaines avec des pertes purulentes et fétides, puis est envoyée au Vésinet.

Elle souffre toujours, entre dans un service de médecine où on pratique un curetage utérin, ne guérit pas et entre à Laënnec le 8 octobre.

Elle est pâle, maigre, jaune sans aucun signe de tuberculose, souffre dans les deux côtés du ventre, dans les reins et les cuisses ; pertes jaune verdâtre, n'a pas eu ses règles depuis ses couches.

Col utérin gros, entr'ouvert ; utérus gros, peu mobile, grosse tuméfaction à droite, accolée à la matrice ; on sent peu de chose à gauche. Le diagnostic fut : salpyngite double purulente.

20 novembre. Laparotomie, utérus gros, globuleux à gauche ; les annexes forment une grosse tumeur adhérent dans le bassin, l'ovaire en avant, la trompe très dure et dilatée se dirige en arrière ; décortication pénible, ligature à la soie, section du pédicule au thermocautère.

A droite, grosse tuméfaction, ovaire en arrière, trompe en avant, l'un et l'autre forment un gros kyste purulent; décortication pénible mais complète.

Trois fortes ligatures à la soie. Section au thermocautère.

Les trompes contenaient du pus sans bacilles, mais beaucoup de microbes, de cocci et streptococci, pas de gonocoques.

Elle est morte le 23, sans symptômes de péritonite, mais septicémique; en voici l'explication:

Le pédicule droit nous paraît plus malade que le gauche, il est noirâtre et est entouré de quelques fausses membranes et de sérosité roussâtre.

L'utérus et les pédicules sont enlevés avec soin, la cavité utérine ouverte, et un stylet est enfoncé dans chacune des trompes, dont l'ostium uterinum était bien perméable, ce qui expliquait la perte utérine purulente.

A gauche, le stylet est arrêté par la ligature des pédicules; à droite, le stylet paraît à nu après un trajet d'un demi-centimètre.

Sûr d'avoir compris la trompe droite dans ma ligature, je ne m'expliquais pas tout d'abord ce fait anormal; cherchant dans le moignon étreint par les soies, je trouvai un centimètre de la trompe coupé d'un côté comme le reste des tissus au thermocautère, mais elle était rompue de l'autre côté.

Cette rupture n'a pu être produite que pendant que je plaçais les fils, la trompe tendue entre le clamp, et l'utérus se sera déchiré.

C'est là évidemment une preuve de friabilité et d'altération de cet organe. Il est bien probable que si la salpyngite n'avait pas été purulente cette communication directe de la trompe et du péritoine n'aurait pas causé la septicémie aiguë qui a emporté ma malade.

Je ferai remarquer que chez elle le début des accidents remontait seulement à cinq mois, et que je n'étais intervenu aussi rapidement qu'à cause de mon diagnostic de salpyngite purulente.

Je le répète, les cas que j'ai observés étaient graves:

Je n'ai jamais opéré une malade chez laquelle on eût pu se contenter de détruire les adhérences pour laisser les organes en place; c'est peut-être là un des motifs de la mortalité qu'offre ma statistique; mais je me hâte d'ajouter que là serait peut-être le progrès, s'il était démontré que par ces manœuvres on arrête l'évolution des lésions, surtout si on pouvait rendre aux annexes leurs fonctions physiologiques.

Il n'y a pas non plus la moindre parité à établir entre les pyosalpyngites et ces cas de petits kystes de l'ovaire, ou mieux d'ovaires kystiques adhérents dans le petit bassin, cas dans lesquels la trompe est plus ou moins atteinte; ces lésions sont d'abord unilatérales, ce qui n'existe jamais dans la pyosalpyngite, et il n'y a pas de foyer septique.

J'ajouterai que le diagnostic différentiel peut en être fait, surtout si la malade souffrant depuis cinq ou sept ans, par exemple, on peut relever depuis le début des accidents une ou plusieurs grossesses ; car toute femme atteinte de salpyngite est stérile. J'ai observé deux cas de ce genre que j'ai opérés et guéris ; mais je ne les compte pas comme salpyngites. Ce sont sans doute des cas analogues qu'ont vu MM. Richelot et Championnière quand ils disent que les trompes n'étaient pas bouchées et étaient accolées à l'ovaire malade.

Tout autre chose encore est l'abcès rétro- ou péri-utérin. Comme M. Trélat, j'ai eu l'occasion d'ouvrir un phlegmon consécutif à ce qu'il a appelé et à ce que j'appellerai volontiers après lui la paramérite ; comme lui je l'ai ouvert au-dessus de l'arcade, et ma malade a vite guéri. Mais à côté de ces vrais phlegmons, il existe une autre variété, celle peut-être qui se termine par ces fistules dont nous parlait M. Trélat. Je crois avoir ouvert trois abcès de ce genre par la laparotomie médiane ; les trois fois, les parois du foyer formées par les intestins des fausses membranes, l'utérus, les parois du bassin, contenaient les annexes, malades par conséquent, et qu'il fut impossible d'enlever. Deux de ces malades sur trois conservent une fistule purulente ; la troisième est bien guérie. Ces cas ne figurent pas non plus dans mon mémoire.

J'arrive à la question du diagnostic ; il est difficile, non impossible, et dans tous les cas il me semble qu'un bon chirurgien doit le serrer du plus près qu'il le pourra.

Quand M. Championnière nous dit qu'il suffit de poser les indications de la laparotomie, notre collègue joue sur les mots : s'il n'a pas un diagnostic anatomiquement très précis, il a tout au moins de grandes présomptions.

Je me sépare tout à fait de lui quand il fait fi du chloroforme et presque du toucher vaginal. Je me demande ce qu'a dû lui fournir la simple palpation abdominale dans ces cas légers où il a pu se contenter de détruire des adhérences.

J'estime, au contraire, que rien ne vaut le toucher profond uni à la palpation : bien reconnaître d'abord l'utérus, sa situation, son volume, puis aller à la découverte dans les environs.

Beaucoup de parois abdominales se défendent assez pour rendre nulles ces investigations, celles surtout des femmes qui n'ont pas eu d'enfants ; c'est alors que le chloroforme est utile ; plusieurs fois j'ai pu m'assurer du fait que j'avance ; c'est avec plaisir que j'ai entendu MM. Quénu, Terrier, Terrillon, Trélat, soutenir la même thèse. Si le chloroforme n'est pas un moyen qu'on doive indistinctement appliquer à tous les cas, c'est au moins une res-

source à conserver et qui, bien employée, rendra de grands services.

Dirai-je qu'avec tout cela on aura toujours un diagnostic anatomique précis ? non certainement ; chez la malade la mieux étudiée, la laparotomie, de temps à autre, procurera des surprises, mais au moins aura-t-on bien posé les indications de cette laparotomie.

Voici un fait, ce sera le douzième de ma série ; j'ai, malgré de minutieuses investigations, commis une erreur de diagnostic, de moitié, du reste, avec un de mes amis, accoucheur des hôpitaux : nous avons pris une double salpingite purulente tuberculeuse pour une grosseur extra-utérine. Au dernier moment seulement, j'ai rétabli le diagnostic.

OBS. XII. — *Pyo-salpyngite double ; laparotomie ; guérison.* — B. L..., 22 ans, n'a été réglée qu'à 20 ans ; depuis, les quelques époques qu'elle a eues ont été très irrégulières et toujours très douloureuses.

En mai 1888, douleurs vives dans le ventre, arrêt subit des règles, qui ne reparaissent qu'à la fin de juillet. Nouvelles règles dans les premiers jours d'août.

Depuis, elle n'a plus perdu ; son ventre est augmenté de volume, et on sent une tuméfaction globuleuse, surtout à droite de la ligne médiane : rien à gauche.

Au toucher, col virgineus, long, peut-être mou vers son orifice, un peu douloureux à la mobilisation. Les mouvements transmis à la tumeur ne se transmettent pas intégralement à l'utérus ; cependant il semble qu'on ait du ballottement.

La malade nie toute possibilité de grossesse. A un nouvel examen, nous nous apercevons que le col de l'utérus est entouré par un cercle artériel donnant des battements comme des artères humérales, c'est ce qui donne l'illusion du ballottement.

Notre ami Auvard, accoucheur des hôpitaux, voit la malade avec nous, et nous tombons d'accord sur l'existence d'une tuméfaction sur le côté droit de l'utérus, kyste ou grossesse extra-utérine.

Elle était en observation dans le service depuis le 2 novembre, lorsque, le 6 décembre, les règles apparaissent et durent trois jours. Nouvel examen, après lequel je reste convaincu qu'il y a une tumeur des ovaires du côté droit. A gauche et en arrière de l'utérus je trouve aussi une petite tuméfaction comme un œuf de pigeon.

15 décembre. Laparotomie, double salpyngo-ovarite purulente. A droite, la trompe s'étend de l'angle utérin pour former les trois quarts d'une circonférence en arrière de laquelle est l'ovaire dégénéré. Cette trompe dilatée contient du sang et du pus dans des cavités distinctes : le tout est gros comme un gros poing. A gauche, trompe aussi malade et hypertrophiée, mais plongeant dans le petit bassin ; sa décortication

est des plus pénibles, l'ovaire dégénéré est en avant, le contenu assez abondant est du pus et du sang.

5 ligatures à la soie à droite, 3 à gauche. Suture de la paroi au crin de Florence. Pansement iodoformé. Durée de l'opération, 1 h. 30. La malade est guérie sans incident. Il a été constaté que le pus des trompes contient des bacilles.

Ici donc, malgré le volume des salpyngites, malgré la présence du pus, j'ai été à côté du diagnostic : c'est un cas où on pourrait dire que je me suis contenté de poser les indications de la laparotomie ; j'ajouterai que je me suis donné plus de mal pour en arriver là que pour faire un diagnostic pur et simple.

Quant au pronostic, à la difficulté et à la gravité de l'opération, malgré les avis divers qui ont été émis, malgré les statistiques fournies, je maintiens ce que j'avais avancé dans mon mémoire :

L'ablation des annexes de l'utérus vraiment malades et surtout purulents sera toujours une opération difficile et d'une haute gravité.

C'est pour moi la plus difficile des opérations de la chirurgie abdominale ; huit fois environ j'ai pratiqué la castration pour anémie des fibromes ; j'ai fait environ une vingtaine d'ovariotomies, et j'ai eu des kystes graves dans le nombre, je n'ai perdu aucune malade ; au contraire, voilà douze opérations pour salpyngites, je compte trois morts.

Deux, je le sais bien, sont accidentelles, dues l'une à l'hémorrhagie qui a suivi le relâchement d'une ligature, l'autre à la rupture de la trompe sous l'effort de la striction du fil.

Certainement, sans cette hémorrhagie, sans cette déchirure de la trompe, il est bien probable que mes malades seraient guéries ; mais il n'en reste pas moins évident que les difficultés opératoires causées par la décortication des trompes et des ovaires, par la libération de toutes les adhérences, par la formation des pédicules, par l'hémostase, sont très supérieures à celles qu'on rencontre dans l'ablation des autres tumeurs de l'abdomen, n'y aurait-il que la grande difficulté qu'on éprouve à relever le paquet intestinal et à dégager le champ opératoire ; chez les femmes nullipares à parois abdominales fermes, c'est un des temps les plus pénibles de l'opération.

Il me reste à répondre, je pourrais presque dire à me défendre, à propos de mes conclusions, qu'on a trouvées par trop radicales.

Tout d'abord, les observations que j'ai lues prouvent que tous les cas que j'ai opérés étaient graves et bien justiciables d'une laparotomie ; en fait donc, ma pratique était bien moins radicale que je ne semblais l'indiquer. Je n'ai pas opéré toutes les malades que je soupçonnais atteintes de salpyngites.

J'ai aussi vu des cas légers, récents, c'est-à-dire datant de cinq mois, de sept mois, comme MM. Quénu, Terrier, Terrillon, Trélat; quand je n'ai pas diagnostiqué la présence du pus, j'ai traité ces malades, j'en ai guéri; deux entre autres, qui avaient manifestement des tuméfactions sur les côtés de l'utérus et des douleurs très vives, sont sorties ces jours-ci en très bon état. J'avais dans mon mémoire cité aussi deux cas analogues.

Je disais qu'il fallait proposer la laparotomie à toute femme qui avait des douleurs et des tumeurs sur les parties latérales de l'utérus; mais j'ajoutais: « Depuis un certain temps, » difficile à préciser, il est vrai, mais qui d'après une observation variait entre un maximum de 6 ans et un minimum de 18 mois, ce qui donnait une moyenne de 3 ans et demi.

Les deux salpyngites que j'ai opérées depuis remontaient l'une à 4 mois et demi, l'autre à 7 mois; mais elles étaient purulentes et je l'avais reconnu.

Aussi, quand mon excellent maître et ami M. Terrier a formulé sa règle pour le traitement des salpyngites, j'ai vu que, somme toute, je n'avais pas suivi jusqu'ici d'autre ligne de conduite que celle qu'il indique, et ma pratique était conforme à sa formule.

Je ne puis donc que l'adopter, avec le regret de ne l'avoir pas donnée plutôt, je le répète.

Dès qu'on aura diagnostiqué salpyngite purulente, proposer l'ablation.

Que si la salpyngite n'est pas purulente, essayer le repos absolu et le traitement de la métrite trois ou quatre mois avant l'opération.

C'est, somme toute, ce que voulait exprimer M. Trélat en disant: N'opérez ni trop tôt ni trop tard.

La technique opératoire varie un peu et variera toujours avec chaque chirurgien: Je vous ai dit pourquoi je sectionne le pédicule au thermocautère; quoi qu'en dise mon excellent ami M. Terrillon, on obtient par ce moyen, outre l'asepsie qu'il lui accorde, une soudure immédiate de diverses parties constituantes du moignon, et un certain degré d'hémostase.

Je dirai à mon excellent ami Quénu qu'on peut rester aseptique tout en maniant le thermocautère, si on prend la précaution d'entourer le manche avec une compresse imbibée d'eau phéniquée.

Plus prudent que M. Richelot, malgré les assertions de L. Tait, je me garderai tant que je le pourrai d'opérer une femme le jour de ses règles.

Resterait la question des suites, des résultats obtenus: je n'en ai pas parlé dans mon mémoire, mon expérience est encore trop courte; j'ai vu que le même motif empêchait M. Terrillon de traiter

ce point du sujet qu'il n'a fait qu'indiquer. Je dirai seulement que, d'après ce que j'ai vu, il me semble que, lorsqu'on laisse aux malades soit un ovaire, soit un fragment notable d'ovaire, il est fort à craindre de voir continuer les accidents, et par conséquent d'avoir fait une opération inutile.

Communication.

Trois observations de *ventro-fixation (hystéropexie) pour rétroversion utérine douloureuse avec ou sans ablation des annexes (trompes et ovaires)*.

Par M. F. TERRIER.

Messieurs, après le rapport fort intéressant de M. le Dr Pozzi, j'ai demandé de suite la parole, afin de revendiquer pour moi le petit honneur d'avoir fait, en France, la première opération d'hystéropexie pour traiter une rétroversion douloureuse.

Depuis cette opération, qui date du 13 mars 1888, j'ai pratiqué deux autres opérations analogues, l'une le 23 octobre et l'autre le 19 novembre 1888.

C'est pour remédier à la chute de l'utérus que j'ai été conduit à faire cette opération, après une longue conversation que j'ai eue à New-York en septembre 1887 avec le docteur Gaillard Thomas, qui a fait un certain nombre de ces opérations, comme le signale Lee dans un récent travail publié dans l'*American Journal of Obstetrics* de décembre 1888 (vol. XXI, n° 132, p. 1249-56).

Du reste, je ne veux pas ici refaire l'historique des opérations d'hystéropexie faites pour rétroversion utérine, ce sera l'objet d'un travail spécial que mon interne M. Baudouin et moi publierons ultérieurement. Je ne ferai qu'ajouter un mot à cet égard, c'est que, depuis le rapport de M. Pozzi, d'autres mémoires ont été faits sur cette question et des observations nouvelles assez nombreuses ont été publiées.

Ici, je me bornerai à relater les trois faits dans lesquels j'ai eu l'occasion de fixer l'utérus à la paroi abdominale antérieure, en y ajoutant quelques courtes remarques sur l'état actuel des malades et sur les indications de l'intervention. Cette question est à l'étude, et dès maintenant il serait téméraire de formuler des conclusions sur ce point de thérapeutique chirurgicale.

OBS. I. — *Rétroflexion de l'utérus. Ovaire gauche inclus dans le cul-de-sac péritonéal postérieur. Laparotomie. Dégagement de l'ovaire, fixation de l'utérus à la paroi abdominale.*

M^{lle} Héloïse D..., 29 ans, demeurant à Dreux, m'est adressée à l'hôpital Bichat, le 16 février 1888, par mon confrère et ami le Dr Molinier (de Dreux).

Réglée à 17 ans, les menstrues ont toujours été régulières ; la santé est restée assez bonne jusqu'il y a une année. En avril 1887, M^{lle} D... fut atteinte, dit-elle, d'une inflammation d'intestin, caractérisée par des accidents péritonitiques, surtout du gonflement du ventre et des vomissements ; il n'y avait pas de diarrhée. Tous ces phénomènes morbides s'amendèrent peu à peu et au bout d'un mois, c'est-à-dire en mai, ils avaient presque disparu. Toutefois, la malade souffrait toujours de tiraillements dans les côtés du ventre, douleurs un peu exaspérées par les règles, d'ailleurs peu abondantes, car l'anémie était assez accusée. Le Dr Molinier, qui vit la malade en août 1887, prescrivit un pessaire (anneau de Dumontpallier), qui donna un peu de soulagement. Mais celui-ci ne fut que momentané et, ainsi qu'en janvier 1888, vers la fin de l'année 1887, M^{lle} D... souffrait beaucoup, ne pouvait presque pas marcher et restait souvent couchée. Déjà, en octobre, mon confrère de Dreux lui avait parlé de la nécessité d'une opération pour être guérie, et c'est dans ce but que la malade se présenta à Bichat le 16 février 1888.

La malade est amaigrie et paraît souffrir presque constamment, surtout lorsqu'elle se lève. Ces douleurs siègent dans le bas-ventre et s'irradient vers les aines et le rectum.

Le palper abdominal est peu douloureux et en tout cas permet de s'assurer qu'il n'existe aucune tumeur utérine ou ovarienne de notable volume et faisant une saillie anormale.

Par le toucher vaginal, on sent, en arrière et à gauche, une petite tumeur très douloureuse à la moindre pression, qui semble faire corps avec l'utérus et se prolonge vers le ligament large gauche. Le palper combiné au toucher, quoique très douloureux, permet de reconnaître à gauche de l'utérus cette tumeur assez petite, allongée transversalement et qu'on prend pour une trompe douloureuse et dilatée.

L'utérus est un peu augmenté de volume, il y a un peu d'écoulement purulent par le col. Le diagnostic est salpingite à gauche, due à une métrite antérieure catarrhale.

On prépare la malade par le repos et les injections antiseptiques au bichlorure de mercure à la dose de 1 pour 2,000.

Lavements avec la solution d'acide borique à 5 pour 1,000.

Opération le 13 mars 1888, à l'hôpital Bichat, avec l'aide de mes collègues et amis MM. Périer, Berger et Quénu, chirurgiens des hôpitaux. Incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane et au-dessous de l'ombilic. On place quelques pinces hémostatiques. Le péritoine ouvert avec quelques difficultés, on relève en haut l'épiploon et la masse de l'intestin grêle. Arrivant au cul-de-sac postérieur du péritoine, on y trouve l'utérus fléchi, et l'ovaire du côté gauche en quelque sorte en-

clavé dans ce cul-de-sac. La trompe gauche est tout à fait normale et intacte.

L'utérus, d'ailleurs non adhérent, est ramené en avant et l'ovaire est replacé à gauche.

Puis, pour éviter une nouvelle déviation de l'utérus, cet organe est fixé par une anse de catgut assez gros à la paroi abdominale antérieure. Cette anse est placée dans l'épaisseur de la face antérieure de l'utérus, à un centimètre environ de son fond, et ses deux extrémités pénétrant à droite et à gauche dans l'épaisseur des parois abdominales sont liées ensemble sur la ligne médiane. On complète la suture de la paroi par six sutures profondes au fil d'argent et six superficielles au crin de Florence.

L'opération a duré trente minutes. Pansement de Lister. On a utilisé le spray.

Les suites de l'opération furent des plus simples, il n'y eut pas d'accidents fébriles, ni de retentissement péritonéal.

La malade put se lever au bout de trois semaines et elle quitta l'hôpital le 7 avril 1888. A cette date, l'utérus restait appliqué derrière la paroi abdominale antérieure en antéverson.

Les règles revinrent normalement, les douleurs cessèrent presque absolument, toutefois il y avait un peu de sensibilité du côté gauche du bas-ventre.

Il y a trois mois, M^{lle} D... ressentit de nouveau des tiraillements dans les deux côtés lorsqu'elle avait beaucoup travaillé, ce qui lui arrivait souvent, étant domestique. Le Dr Molinier prescrivit de nouveau un anneau pessaire qui amena peu de soulagement, aussi on l'enleva.

10 novembre 1888. Je vois la malade et voici ce que je constate :

La cicatrice abdominale a 10 centimètres, elle est très colorée en brun, tout entière sous-ombilicale, et il n'y a pas trace d'éventration. L'utérus est en antéverson, le col est à 12 centimètres de la vulve ; les culs-de-sac antérieur, postérieur et latéraux sont libres et indolores ; le corps utérin est resté fixé derrière la paroi abdominale antérieure, au-dessus du pubis et un peu à gauche ; le palper combiné au toucher permet de s'assurer que l'utérus est indolent.

Il n'y a jamais eu de troubles du côté de la miction, ni de maux de reins. Seuls persistent des tiraillements surtout à gauche, s'irradiant dans la hanche, véritable névralgie iléo-lombaire, exaspérée par la voiture et le travail un peu forcé. Actuellement, M^{lle} D... peut marcher et travailler, ce qu'il lui était tout à fait impossible de faire avant d'être opérée.

Le 25 décembre 1888, le Dr Molinier me prévient que M^{lle} D... est souffrante de nouveau et qu'elle ressent des douleurs de reins et des douleurs abdominales plus accusées à gauche de la cicatrice. Il y aurait un peu de cystocèle et le col serait très en arrière.

Dans ce cas, l'opération fut faite après une erreur de diagnostic, car on croyait à une salpingite et la tumeur douloureuse était l'ovaire gauche, placé derrière l'utérus, lui-même en rétroversion

très accusée. C'est pour maintenir l'utérus et l'ovaire que je fis la suture à la paroi abdominale, suture qui persistait au 8^e mois après l'opération et qui semble tenir encore.

Obs. II. — *Rétroversion interne très douloureuse, fixation de l'utérus à la paroi abdominale antérieure par quatre points de suture. — Ablation des annexes malades (trompes et ovaires).*

M^{me} B..., née Goissot, ménagère, âgée de 36 ans, m'est amenée à l'hôpital Bichat par mon collègue le D^r Huchard.

Réglée à 13 ans, les menstrues sont régulières, abondantes et peu douloureuses, elles durent cinq à six jours.

Mariée à 20 ans, M^{me} B... eut une première grossesse à 21 ans; les couches furent normales; à 26 ans, deuxième grossesse avec suites très bonnes; à 29 ans, troisième grossesse normale; enfin, à 31 ans, quatrième grossesse. C'est depuis cette couche, qui fut d'ailleurs normale, que la malade souffre dans les reins, le ventre et les aines; pertes blanches abondantes, état nerveux très accusé; les règles sont d'ailleurs restées régulières et normales.

En mai 1885, M. le D^r Horteloup constata l'existence d'une hypertrophie utérine avec rétroversion, et il conseilla l'usage d'un pessaire à air et une nouvelle grossesse.

Après deux mois de repos au lit, avec un pessaire, il y a une légère amélioration. Toutefois, les douleurs reparaissent, exaspérées par la moindre fatigue, et surtout avant et après les règles.

M^{me} B... devint enceinte et eut un cinquième enfant, il y a dix mois. Les couches furent longues et laborieuses, la malade dut garder le lit trois mois, par suite de la persistance des douleurs qu'elle ressentait dans le ventre et l'hypogastre. Les règles revinrent après trois mois et demi, et leur retour coïncida avec une exaspération des douleurs apparaissant par crises paroxystiques.

Le 7 octobre, son médecin, le D^r Droin (d'Auxerre), m'adresse la malade en disant « qu'elle pousse nuit et jour des cris et qu'elle demande en grâce qu'on lui enlève son utérus ». Tous les traitements médicaux avaient absolument échoué.

État actuel, recueilli par M. Dumoret, interne de service. — La malade se plaint de souffrir d'une façon continue du ventre, en outre apparaissent des exacerbations par crises au nombre de cinq à six par jour. Alors la malade ressent une brûlure partant de l'hypogastre, et s'irradiant dans les aines et la jambe droite; elle crie, se roule sur son lit, demandant aux positions les plus bizarres quelque soulagement à ses maux. Malgré cela, l'état général est bien conservé et il n'y a pas d'amaigrissement; l'appétit quoique diminué persiste, les digestions sont difficiles.

Le diagnostic de rétroversion utérine avec névralgie pelvienne est formulé par mon ami le D^r Quénu, qui me remplaçait alors, diagnostic que je confirmai de tous points. En effet, l'utérus, volumineux, est placé en rétroversion, les culs-de-sac latéraux sont libres, mais un

peu douloureux ; quant à l'exploration du cul-de-sac postérieur, elle provoque une crise douloureuse des plus violentes.

Je proposai et fis accepter à la malade l'*hystépexie*.

L'opération fut faite le 23 octobre 1888 avec l'aide de mon collègue M. Quénu et de M. Hartmann, prosecteur à la Faculté. — Incision de la paroi abdominale, entre l'ombilic et le pubis. Ouverture du péritoine au bistouri, puis section de la paroi avec les ciseaux mousses. Deux pinces hémostatiques solides sont placées sur chacune des lèvres de l'incision péritonéale.

La main introduite dans le ventre, du côté du bassin, on constate que le fond de l'utérus est situé dans le cul-de-sac postérieur, où il paraît enclavé. La réduction de l'organe fut assez facile cependant, et saisi par la main gauche, il fut ramené en avant vers l'incision de la paroi abdominale. L'ovaire gauche comme l'ovaire droit sont kystiques, ils sont enlevés avec les trompes correspondantes. Une éponge est placée dans le cul-de-sac postérieur et maintient l'utérus ; du reste, pour en être mieux maître, je passe au fond de l'organe, à une certaine distance de son bord supérieur, une anse de fil antéropostérieur à l'aide de l'aiguille de Reverdin. Cette anse, tenue par M. Quénu, permet d'opérer facilement la suture utérine.

Un premier fil de moyen catgut est placé au bas de la plaie abdominale et à l'union du col avec le corps utérin. Ce catgut traverse les aponévroses et les muscles de la lèvre gauche de l'incision abdominale, la paroi antérieure utérine dans une étendue de 2 centimètres environ, puis les aponévroses et les muscles de la lèvre droite de l'incision abdominale. En général, cette anse est placée en deux temps ; dans le premier, on traverse avec l'aiguille de Reverdin la lèvre gauche de l'incision et la paroi antérieure de l'utérus ; puis, le fil placé, on pénètre de dehors en dedans de la paroi droite et on attire ainsi à droite l'extrémité libre de l'anse de catgut. Deux pinces à pression sont placées aux deux extrémités du fil de catgut pour les maintenir.

Par les mêmes manœuvres, on place au-dessus de la première anse une deuxième et une troisième anse de catgut moyen. Enfin, je substitue au fil de soie qui servait à élever et maintenir l'utérus un quatrième fil de catgut dont les deux extrémités traversent la partie profonde des lèvres de l'incision abdominale de dedans en dehors.

Tous ces points sont ensuite liés solidement, ce qui fixe la paroi antérieure de l'utérus derrière l'incision abdominale. Puis, on fait la suture de la paroi abdominale avec du crin de Florence : quatre points profonds et quatre superficiels.

Deux petits points de suture au catgut fin avaient en outre été placés sur le péritoine au-dessus du fond de l'utérus. Pansement au salol et de Lister au-dessus. L'opération a duré trente minutes.

Immédiatement après, on couche la malade et l'on constate que le col regarde en arrière tandis que le corps utérin est en avant. Le cul-de-sac postérieur est tout à fait libre.

23 octobre. Le soir, vomissements aqueux, sensation de chaleur

dans le ventre, mais disparition de toute crise de douleur. T. 38°, P. 96, R. 33.

24 octobre. Trois vomissements verdâtres, la nuit. Peu de sommeil, mais pas de douleurs. Urine seule toutes les deux heures, 880 grammes en 24 heures. Apparition de sang par le vagin. T. matin 37°,8, P. 100, R. 32; T. soir 38°, P. 100, R. 32.

25 octobre. Nuit calme. Deux lavements suivis de selles abondantes (l'un boriqué, l'autre purgatif avec de la glycérine). Continuation des règles. Urine : 600 grammes en vingt-quatre heures. Gaz par l'anus. T. matin 38°, P. 100, R. 24; T. soir 37°,5, P. 96, R. 24.

26 octobre. Bon état. T. matin 37°,4, soir 37°,4, P. entre 92 et 100. Alimentation avec le lait et le potage. Urines : 600 grammes. Miction toutes les heures.

27 octobre. Bon état. T. matin 37°, soir 37°. Urine : 700 grammes en vingt-quatre heures. Miction toutes les deux heures.

28 octobre. Un peu de malaise. T. matin 36°,8, soir 37°,8.

29 octobre. Douleurs légères vers la fosse iliaque gauche. T. matin 37°,2, soir 38°,2.

30 octobre. Écoulement sanguin par le vagin. On enlève les fils de suture de la paroi. La réunion est parfaite. T. 37°,8-38°.

31 octobre. Bon état. T. 37°-37°,4.

M^{me} B... se lève le 12 novembre, soit 21 jours après avoir été opérée. La marche est facile et sans douleurs, ce qui n'était pas arrivé depuis un an.

Elle sort le 19 novembre 1888. A cette date, la cicatrice abdominale et sous-ombilicale avait 14 centimètres de long, pas d'éventration, le fond de l'utérus et sa paroi antérieure sont solidement accolés à la paroi abdominale.

La malade couchée, l'utérus est en antéversion légère, le col est à 9 centimètres de la vulve et le fond à 9 centimètres et demi du pubis.

La malade debout, on éprouve de la difficulté à atteindre le col utérin, qui est à près de 10 centimètres de la vulve.

Toutes les douleurs ont absolument disparu, et la marche est facile.

Comme on le voit, le résultat de cette opération a été parfait, au moins immédiatement; il faudra revoir ultérieurement la malade pour juger absolument de la solidité de la suture à la paroi et du maintien de la guérison.

Obs. III. — *Rétroversion utérine. Douleurs vives névralgiques avec irradiations étendues. Phénomènes hystériques assez accusés. Ablation des annexes et des deux ovaires. Suture de l'utérus à la paroi.*

M^{me} C. d'E..., âgée de 24 ans, m'est adressée par mes confrères MM. les D^{rs} Pasturaud et Lejars.

La malade a été fort bien portante dans son enfance. Réglée à 11 ans, elle fut régulièrement menstruée jusqu'à l'époque de son ma-

riage, c'est-à-dire à 19 ans. Toutefois, les règles étaient douloureuses, et la malade perdait du sang avec une certaine abondance.

Mariée à 19 ans, M^{me} C... eut un enfant à 20 ans. Dans le cours de cette grossesse, son médecin constata à l'ouverture du vagin un ulcère spécifique primitif, bientôt suivi d'une roséole, puis de plaques vulvaires, anales et buccales. Malgré un traitement rationnel, ces accidents persistèrent pendant toute la grossesse. De plus, pendant les quatre derniers mois, il y eut de l'œdème généralisé et de l'albuminurie, si bien qu'on dut instituer un régime lacté exclusif.

2 janvier 1885. Les couches furent pénibles, mais sans accident; l'enfant était atteint de syphilis. M^{me} C... resta alitée six semaines, puis présenta des accidents de métrite qui, pendant trois mois, furent traités par des cautérisations au nitrate d'argent, ce qui, dit-elle, amenait des pertes de sang.

Toujours est-il que les règles étaient irrégulières et douloureuses et que la malade se plaignait de pertes blanches et de vives douleurs à gauche, dans la fosse iliaque et le flanc correspondant.

Pendant toute l'année 1885, traitement spécifique, méthodique, et accidents presque nuls; ils ont absolument disparu depuis deux années.

En 1886, la malade consulte le Dr Siredey, qui l'envoie à Royan, d'où elle revient plus malade, dit-elle; si bien que l'hiver de 1886-1887 fut pénible à passer.

En 1887, le Dr Siredey, consulté de nouveau, adresse M^{me} C... au Dr Ferras, à Luchon. Cette saison l'améliora beaucoup, cependant pendant l'hiver de 1887-1888 la malade dut rester couchée trois mois, à cause de ses douleurs abdominales.

En 1888, amélioration en février et mars, si bien que M^{me} C... pouvait marcher et sortir. En mai, elle consulta M. le Dr J. Championnière, qui conseilla des douches froides, de l'eau d'Orezza et des injections antiseptiques.

Au mois d'août, M. le Dr Tarnier adresse la malade à Salies-de-Béarn, et elle y resta une partie du mois d'octobre et le mois de novembre, sans en retirer une grande amélioration, malgré les soins assidus du Dr Lejars.

Le 2 décembre, je vis M^{me} C... pour la première fois. Elle gardait le lit presque constamment, se plaignant de douleurs vives siégeant à l'hypogastre et dans le côté gauche; ces douleurs devenaient intolérables par la marche ou dans la station debout prolongée.

Il y a du vaginisme et le toucher est fort douloureux.

L'utérus est en rétroversion, et sur sa partie latérale gauche on sent une tuméfaction extrêmement douloureuse qui, allongée transversalement et ovoïde, nous paraît être la trompe un peu tuméfiée. Du côté droit on sent aussi la trompe, qui est douloureuse, mais moins qu'à gauche.

L'appétit est presque nul, douleurs de tête fréquentes, maux de cœur, étouffements, transpiration abondante.

Les urines, éliminées en quantité normale, ne contiennent ni sucre

ni albumine. Elles sont examinées à plusieurs reprises pour bien déterminer leur non-altération.

Le 4 décembre, apparition des règles, qui furent, comme toujours, très douloureuses, surtout à leur début.

Le 17 décembre, nouvel examen de la malade et constatation des phénomènes signalés plus haut ; la tuméfaction latérale gauche paraît plus accusée et est bien sentie par le palper abdominal combiné au toucher.

Opération, le 19 décembre 1888, avec l'aide de mes collègues Quénu et Périer. Anesthésie par M. Péraire. Incision sous-ombilicale qui saigne beaucoup ; la malade s'agite encore un peu. Graisse sous-péritonéale abondante. Le péritoine ouvert, il s'écoule un peu d'*ascite* légèrement teintée en rose par du sang.

L'utérus est en rétroflexion très prononcée, on le relève en haut et en avant, et on attire la trompe et l'ovaire gauches en dehors. L'ovaire paraît sain, quant à la trompe, elle est épaisse et congestionnée. On fait sous l'ovaire et la trompe pédiculés une double ligature en X et on sectionne en laissant environ le quart de l'ovaire au-dessus des fils.

Même manœuvre à droite, où je trouve les mêmes lésions congestives du côté de la trompe. L'ovaire et la trompe pédiculés sont liés par 2 fils en X au-dessus desquels on laisse un peu de tissu ovarien dans l'excision des organes.

Ceci fait, pour maintenir l'utérus on le fixe avec un fil de catgut à la partie inférieure de la plaie abdominale. Ce fil comprend dans son anse la partie profonde de la paroi abdominale à droite et à gauche (aponévroses et muscles) et une certaine épaisseur de la paroi antérieure de l'utérus.

8 fils d'argent profonds et 8 crins de Florence superficiels ferment l'abdomen. Le dernier fil d'argent ne fait que passer au-dessus de l'anse de catgut et ne pénètre pas dans l'abdomen.

La durée de l'opération a été de quarante minutes. Pansement au salol et Lister par-dessus.

Les suites opératoires ont été aussi simples que possible. Pas de vomissements, et température de 37°,5 au plus. Le lendemain, après l'opération, il y eut un écoulement sanguin vaginal qui dura six jours. Dès le 2^e jour, les gaz s'éliminent par l'anus et, dès le 3^e, la malade urine seule. Les fils profonds furent enlevés le 8^e jour. M^{me} C... s'est levée au 20^e jour, sans aucune difficulté.

Je revois M^{me} C... le 22 janvier 1889 : la cicatrice abdominale est parfaite, il n'y a pas d'éventration. En bas de cette cicatrice, on sent fort bien, derrière la paroi, un plan dur et résistant, qui n'est autre que l'utérus, ce dont on s'assure par le toucher combiné au palper abdominal. Le col est en haut et regarde le sacrum, les culs-de-sac latéraux sont libres et presque indolores. Il n'y a plus de douleurs abdominales et la malade marche très bien. Seuls quelques troubles dyspeptiques persistent encore et quelques maux de tête.

Ici encore l'amélioration obtenue par l'intervention chirurgicale ne peut être contestée, malheureusement l'observation est trop récente pour pouvoir être démonstrative.

Ces trois faits ne sont pas entièrement comparables, cependant la 1^{re} et la 3^e observation me paraissent fort analogues au point de vue des accidents produits et des lésions constatées au cours de l'opération. Dans ces deux cas, il existait une rétroflexion douloureuse et surtout des troubles névralgiques sérieux. Dans le 1^{er}, je me bornai à l'hystéropexie et dans le 2^e je crus devoir enlever les 2 ovaires et les 2 trompes très hyperhémées, espérant ainsi supprimer toute cause de douleur ultérieure. La suite des événements pourra seule nous renseigner et nous dire si ce but a été atteint.

Dans la 2^e observation, la caractéristique était l'horrible douleur due au renversement utérin, à la rétroversion. De plus ici les ovaires étaient kystiques. De là l'intervention double, l'hystéropexie avec 4 fils de catgut moyen et l'ablation des annexes. L'amélioration a été immédiate et probablement elle continuera, les nouvelles médicales que je viens de recevoir de ma malade me le font espérer.

Comme je l'ai dit, la question de l'hystéropexie reste à l'étude, et je crois que les bons résultats obtenus ne seront pas seulement immédiats, mais aussi persistants.

Discussion.

M. ROUTIER. J'ai opéré une malade absolument dans les mêmes conditions que celle de M. Terrier, qui souffrait depuis longtemps et dont les douleurs s'étaient aggravées à la suite d'une grossesse. L'utérus était en rétroversion; on constatait un empâtement notable au niveau de la région ovarienne droite. Après ouverture de la cavité abdominale, on trouva un ovaire kystique qui fut enlevé. Le corps utérin était profondément enclavé dans le petit bassin; à peine libéré des adhérences qui le maintenaient dans cette mauvaise situation, il se releva brusquement de lui-même, en même temps que le toucher vaginal ne permettait plus de percevoir sa présence dans le cul-de-sac rétro-utérin.

Pour aider à son maintien en bonne situation, le pédicule utéro-ovarien droit fut fixé à la paroi abdominale au moyen d'un crin de Florence qui a été retiré le 15^e jour. Il ne s'est plus déplacé depuis, et la malade a cessé de souffrir.

M. DESPRÉS. Je demanderai d'abord à MM. Terrier et Routier ce que devient la vessie chez les femmes dont l'utérus est ainsi fixé

à la paroi abdominale, si sa réplétion ne détermine pas une gêne plus ou moins considérable.

Depuis plus de 50 ans, il a été dit et répété que les déviations de l'utérus ne deviennent douloureuses que lorsqu'elles sont compliquées par l'inflammation. Telle était l'opinion de Récamier d'Aran et autrefois de la Société de chirurgie.

Les observations de M. Routier qui trouve un kyste de l'ovaire, de M. Terrier qui constate un volume excessif de l'utérus, c'est-à-dire atteint de métrite, tendent à confirmer cette opinion.

Chez certaines malades, la rétroversion passe inaperçue. D'autres souffrent au moment de l'époque, pendant le premier jour de l'écoulement menstruel. Mais ces douleurs cessent aussitôt que l'utérus se redresse.

Je n'ai jamais observé ces crises intolérables dont on vient de parler. L'application, je ne dis pas d'un pessaire, ce qui est, je l'ai dit depuis longtemps, la plus détestable des pratiques, mais bien d'une ceinture à pelote périnéale de Récamier en particulier, a toujours suffi pour améliorer l'état de mes malades, lorsque par un traitement approprié j'avais combattu les accidents inflammatoires, qui compliquaient leur déviation.

Je ne suis donc point d'avis que la rétroversion et la rétroflexion puissent jamais, par elles-mêmes, commander une intervention aussi sérieuse que l'hystéropexie, dont l'efficacité, en raison de la difficulté de faire tenir des sutures sur l'utérus, est douteuse, et qui théoriquement ne se soutient pas.

M. CHAMPIONNIÈRE. J'ai pratiqué deux fois l'hystéropexie.

L'expérience m'a démontré d'abord que les craintes que j'avais eues, relativement au maintien de l'utérus en bonne situation, n'étaient point fondées. Une première opérée revue dernièrement a toujours l'utérus parfaitement fixé à la paroi abdominale.

Dans mon second cas, le redressement avait été difficile ; j'avais du bourrer avec des éponges le cul-de-sac de Douglas, pour maintenir l'utérus pendant que je le fixais ; et malgré cela la réduction est toujours parfaite.

Mes deux malades furent bien moins incommodées par leur vessie qu'elles ne l'eussent été après une ovariectomie simple. Cette absence de tout phénomène vésical, même simplement incommode, a été signalée par divers chirurgiens.

Cette opération est d'une exécution peu difficile, et elle offre cette supériorité sur celle d'Alexander, que, découvrant les annexes, elle permettra de les enlever du même coup, s'ils présentent des altérations. Si l'avenir confirme sa bénignité, elle devra donc lui être toujours préférée.

Je ne touche jamais aux utérus déviés non douloureux.

M. TRÉLAT. Depuis plus d'un an j'ai publié deux leçons intitulées : Thérapeutique des rétroflexions adhérentes, par la dilatation, l'assouplissement, la réduction de l'utérus puis sa fixation par la méthode d'Alexander. J'ai exécuté 5 fois ces manœuvres complexes et suis en mesure de vous faire connaître les cinq résultats obtenus.

1° La première malade avait une rétroflexion très adhérente. Le résultat fut bon d'abord. Malheureusement l'Alexander n'a pas tenu ses promesses et l'utérus est retombé en arrière.

2° L'utérus n'offrit à la réduction qu'une médiocre résistance, et ne s'est pas dérangé depuis mon intervention.

3° La troisième malade a été revue récemment en bon état.

4° La réduction a été difficilement obtenue : la malade souffre toujours et l'utérus a repris sa situation vicieuse.

5° Chez la dernière malade le col de l'utérus était fortement fixé par des brides rectales. Le corps put être mobilisé, puis ramené et fixé derrière la symphyse. Il me semble pourtant qu'il tend peu à peu à s'éloigner de cette bonne position et à retomber en arrière.

Il résulte des faits qui précèdent que la méthode d'Alexander constitue une bonne opération, si la rétroflexion est facile à réduire, ou se laisse réduire après un temps assez court ; mais qu'elle est insuffisante dans les cas de rétroflexions adhérentes, quand même on parvient à les mobiliser.

Si donc on constate de grosses brides utéro-sacrées, et que la déviation ne soit pas douloureuse, l'abstention est de règle ; que si, au contraire, elle détermine des accidents pénibles, l'hystéropexie lui est seule applicable.

Ces deux opérations ne sont du reste ni opposées ni rivales ; chacune d'elles a une utilité particulière. En dehors des pessaires que ne peuvent jamais tolérer les malades et qui n'exercent aucune action utile, si la méthode d'Alexander échoue, restera la fixation abdominale. Que les sutures fixatrices se comportent bien, ainsi que l'affirment MM. Terrier et Championnière, et l'hystéropexie reste une opération de valeur.

M. TERRIER. Je suis heureux que M. Trélat ait apprécié, comme il le mérite l'emploi des pessaires, absolument nuisibles dans l'espèce.

L'opération d'Alexander me semble aléatoire, en raison d'abord de la disposition anatomique très variable des ligaments ronds, puis de la résistance des adhérences, telle qu'il faut les déchirer ou les détruire par une véritable dissection.

M. Trélat est partisan de la dilatation et de l'assouplissement de

l'utérus. Or, le ramollissement de cet organe peut être porté à ce point qu'on ne sent plus les fibromes qu'il peut accidentellement renfermer. Aussi je crois peu à l'efficacité des manœuvres de mobilisation appliquées sur un tissu ainsi modifié. Elles ne peuvent, en tout cas, agir que bien difficilement sur les adhérences, quand avec le doigt lui-même introduit dans l'utérus dilaté on a si peu de prise sur lui.

M. TRÉLAT. Ce que vous croyez impossible est cependant réalisable.

M. TERRIER. M. Championnière agit sagement en fixant l'utérus aussi haut que possible, car il existe des difficultés réelles à le relever.

L'objection de M. Després au sujet de la possibilité d'accidents vésicaux est toute théorique. La vessie se loge où elle peut; l'expérience apprend que, contrairement à ce qu'il suppose, les troubles de la miction éprouvés par certaines malades ont cessé par le fait de l'opération.

L'observation exacte des règles de la chirurgie antiseptique enlève à cette opération tout ce qu'elle pourrait avoir de hasardeux ou de téméraire dans de certaines mains.

M. TRÉLAT. J'affirme de nouveau que ce n'est point la difficulté des manœuvres de redressement qui m'engage à repousser l'opération d'Alexander pour certains cas, mais son impuissance à maintenir la réduction obtenue.

M. DESPRÉS. Je mets en doute, jusqu'à plus ample informé, l'efficacité de la nouvelle opération.

L'expérience m'a appris que toutes les sutures appliquées sur l'utérus coupent son tissu avec une extrême facilité, et avec rapidité. Attendez les autopsies et vous verrez ce qu'il en est. En somme, jamais je ne pratiquerai cette opération et ne la laisserai pratiquer aux miens.

Rapport.

Luxation tarso-métatarsienne, par le Dr NIMIER,
agréé au Val-de-Grâce.

Rapport par M. CHAUVEL.

Le malade que vous a présenté M. Nimier, après lui avoir enlevé le premier cunéiforme déplacé en haut et en dedans, est un

exemple de ces luxations mixtes, sur lesquelles nos collègues de l'armée, MM. Chavasse et Claudot, ont appelé l'attention dans leurs monographies. Il présentait en effet, en même temps qu'une luxation complète en bas du premier métatarsien gauche avec subluxation en haut et en dedans du premier cunéiforme, un déplacement en haut, incomplet, des quatre derniers métatarsiens. L'accident datait de huit mois quand le blessé entra au Val-de-Grâce; il n'y avait plus, par conséquent, espoir de remettre les os en place par des manipulations. Comme la marche était pénible, douloureuse; comme la saillie du premier cunéiforme sur le dos du pied et celle du métatarsien correspondant vers la plante paraissaient être la cause principale des souffrances et le principal obstacle au fonctionnement du pied, M. Nimier proposa l'ablation du cunéiforme déplacé. Elle fut pratiquée le 5 décembre 1887, mais l'os extirpé, le métatarsien ne se releva qu'incomplètement, et malgré l'emploi d'appareils plâtrés successifs la déformation subsistait encore, peu modifiée, au mois de mai dernier. D'un autre côté, bien que la marche fût devenue plus aisée, elle nécessitait toujours l'appui d'une canne, et le déroulement du pied sur le sol était des plus imparfaits.

En somme, bien que l'atrophie du membre eût grandement diminué sous l'action du massage et de l'électricité, le résultat n'était pas ce qu'on pouvait désirer. C'est qu'en enlevant le cunéiforme on n'avait remédié ni au déplacement en haut des derniers métatarsiens, ni à la saillie de la base du premier os du métatarse vers la plante; on avait raccourci davantage le bord interne du pied déjà diminué de longueur et peut-être permis à l'avant-pied une mobilité latérale, préjudiciable à l'appui sur le sol. Il semble donc que les interventions tardives, incapables en elles-mêmes de modifier considérablement la situation vicieuse des os, ne peuvent donner qu'une amélioration relative.

Je ne chercherai pas à élucider le mécanisme d'une semblable lésion, et comme M. Nimier, je resterai dans un doute prudent. Aussi bien, les explications après coup, les théories de cabinet, ont-elles dans l'espèce fort peu d'intérêt. Les lésions se montrent sous des aspects si variés, si complexes, que le mécanisme de leur production ne saurait être le même et qu'il nous échappe d'habitude, sauf dans les grandes lignes.

N'ayant rien à ajouter sous ce rapport aux mémoires de MM. Chavasse et Claudot, où tous ces points sont longuement discutés, je vous propose de remercier M. Nimier et de déposer dans nos archives son intéressante observation.

Rapport.

Contre-indications à la recherche immédiate des projectiles à la suite des tentatives de suicide par coup de feu dans l'oreille, par le Dr Tachard, médecin-major de l'hôtel des Invalides.

Rapport par M. CHAUVEL.

L'intéressante communication de notre collègue M. Berger sur l'extraction des balles de revolver enclavées dans l'oreille (10 octobre 1888) nous a valu le mémoire de M. Tachard, qui en est la contre-partie. M. Berger conseille et pratique l'intervention, il recherche et enlève le projectile, même de petit calibre, même au prix d'un labeur difficile, ainsi que le montre l'une de ses observations. Tout au contraire, notre confrère de l'armée conclut que l'encéphalo-méningite consécutive aux tentatives de suicide, aux fractures du rocher par coups de feu dans l'oreille, contre-indique toute intervention immédiate.

Cette inflammation des méninges et de l'encéphale ne se montre pas seulement au voisinage de la lésion, dit M. Tachard, mais à distance, et souvent au point diamétralement opposé. Du choc produit par la balle résulte une contusion du cerveau, et ce n'est qu'après 4 jours et même plus tard qu'éclatent les complications. Par elle-même la balle est sans influence sur leur production, et sa présence n'accroît en rien le danger.

Cependant notre confrère admet comme licite le cathétérisme immédiat avec le stylet de Nélaton, qui peut faire reconnaître la présence, le siège et jusqu'à un certain point le volume du projectile ; mais il repousse l'emploi de l'appareil de Trouvé, qui ne marche guère lorsqu'on en a besoin, et dont le trembleur s'agite au contact de la moindre parcelle de métal. Or, rien de plus commun que la division, le morcellement des balles qui frappent un os résistant comme le rocher. L'une des observations de M. Berger montre comme un des faits de M. Tachard, que la balle étant divisée, l'explorateur électrique pouvait induire le chirurgien en erreur sur le siège de la portion principale. Donc mieux vaut s'abstenir et attendre.

A l'appui de son opinion, notre camarade rapporte deux observations. La première a trait à une fracture du rocher droit, de cause non précisée, entraînant la mort au bout de 6 jours par méningo-encéphalite. Dans les lobes frontal et temporal gauches, c'est-à-dire du côté opposé à la lésion de l'oreille, on trouve plusieurs foyers de ramollissement. Il nous semble que ce fait ne peut servir à élucider la question spéciale en suspens : l'opportunité de

l'intervention dans les coups de feu du temporal avec enclavement de la balle.

La seconde observation est un coup de feu de l'oreille droite (calibre de 7 millimètres) chez un homme de 60 ans, alcoolique : tentative de suicide. La direction du trajet, l'exploration avec le stylet de Nélaton, montrent que la balle, au lieu de pénétrer dans le rocher, s'est portée en bas et en dedans vers le pharynx; le doigt la rencontre derrière l'amygdale. Le condyle de la mâchoire est fracturé, mais l'audition est intacte, il n'y a pas de paralysie faciale, pas de phénomènes cérébraux. Le 6^e jour, la fièvre éclata, du pus s'écoula par l'oreille, et la mort arriva dans le coma au bout d'une semaine, sans qu'aucune intervention chirurgicale eût été jugée opportune. A l'autopsie on trouve une fracture de la paroi antérieure du conduit auditif, rupture du tympan et fracture transversale du rocher à sa jonction avec l'écaille du temporal. De la balle divisée sur l'os, trois morceaux du culot ont perforé la paroi postérieure du méat osseux pour s'enfoncer dans les cellules mastoïdiennes. L'apophyse interne du condyle de la mâchoire formait un séquestre baignant dans le pus. Au niveau du lobe frontal gauche, c'est-à-dire du côté opposé à la blessure, existe un foyer d'encéphalite circonscrit, un véritable abcès cérébral des dimensions d'une grosse noix; une nappe de pus baigne les circonvolutions. Enfin le projectile fut trouvé en avant de la carotide interne dans une région d'abord très dangereuse.

Sans aucun doute cette observation montre que des complications graves, parfois inattendues, assombrissent singulièrement le pronostic des coups de feu de l'oreille comme de ceux du crâne en général. Mais de ce qu'il existait ici un foyer d'encéphalite dans le lobe antérieur gauche, du côté opposé à la lésion, devons-nous conclure que la contusion du cerveau à distance, par contre-coup, est un accident habituel dans les lésions du temporal par petits projectiles. Ce serait, il me semble, aller beaucoup trop loin, et les cas de guérison simple, après de telles blessures, sont si nombreux, qu'une telle conclusion est inacceptable.

Le fait de M. Tachard ne suffit pas, à mon avis du moins, pour autoriser à établir en principe qu'il ne faut pas intervenir immédiatement dans les coups de feu de l'oreille pour rechercher et extraire le projectile enclavé. Il serait plutôt favorable à la doctrine de l'intervention. Nous tenons aujourd'hui pour acquis que toute suppuration après un traumatisme ouvert, même si la collection n'est pas, avec la plaie extérieure, en rapports immédiats, implique l'entrée par cette plaie de micro-organismes infectieux; pas de brèches tégumentaires, pas de pus. Pour nous, l'encéphalite suppurée témoigne de l'infection du foyer traumatique, et,

bien que des précautions antiseptiques aient été prises, il est évident qu'elles ont été insuffisantes.

Sans hésiter, sitôt que la suppuration s'est montrée, que la fièvre a éclaté, que s'est fait prévoir une complication inflammatoire vers les méninges, nous eussions débridé la plaie, enlevé les esquilles, lavé, nettoyé, drainé le foyer traumatique, facilité l'issue des produits de sécrétion. Laisser le mal s'étendre, se propager à l'encéphale, ne rien tenter qu'une médication générale, plus nuisible peut-être quand elle est dépressive que la seule expectation, ce n'est pas la conduite que nous conseillerions en ces cas.

S'ensuit-il que l'extraction immédiate des projectiles enclavés dans le rocher doive être toujours et immédiatement pratiquée ? Nous pensons qu'une telle pratique ne doit pas être posée en principe. Nous avons assez combattu la doctrine de l'expectation quand même, dans les coups de feu compliqués de la présence de la balle, pour n'être pas soupçonné de tendresse à son égard, Mais, comme nous l'avons dit, la conduite du chirurgien doit être dictée par les conditions particulières du fait qu'il a sous les yeux, et les coups de feu de l'oreille n'offrent rien d'absolument spécial sous ce rapport. De ce que l'accès de l'air dans le foyer traumatique y est rendu plus facile par la voie de la trompe d'Eustache ; de ce que l'infection y est plus à craindre, la nécrose plus à redouter, nous ne croyons pas qu'il y ait indication nécessaire d'agir immédiatement. Ici, comme partout ailleurs, une antisepsie soigneuse, l'obturation du méat auditif, peuvent prévenir la suppuration, et les cas de guérison sont nombreux. De plus, l'intervention n'est pas sans danger, et les difficultés éprouvées par notre collègue M. Berger, chez un de ses blessés, auraient arrêté plus d'un chirurgien. Evider une balle de revolver de dedans en dehors, au fond d'un trajet de plusieurs centimètres, n'est pas besogne de débutant, et j'ai souvenir que dans œuvre de ce genre un chirurgien des plus remarquables, M. le D^r Reverdin (de Genève), a dû lutter contre une hémorrhagie formidable de la carotide interne, à la production de laquelle le perforateur de la balle n'était peut-être pas étranger.

S'il y a des accidents immédiats, si ces accidents sont susceptibles de céder à une intervention rationnelle, il serait criminel d'hésiter et d'attendre. Mais si la balle n'entraîne par sa présence aucune gêne, aucune souffrance, aucun phénomène morbide, il me paraît prudent de se contenter d'une antisepsie sévère et de rester sur la défensive. Si, plus tard, malgré les précautions les plus minutieuses, des complications apparaissent, sans les laisser grandir et s'aggraver, le chirurgien les combattra par une action énergique.

Je vous propose, Messieurs, d'adresser des remerciements à M. le Dr Tachard pour son intéressante communication, et de l'inscrire (il n'en est pas à son premier travail) dans un rang honorable parmi les candidats au titre de correspondant.

Discussion.

M. PÉRIER. J'ai eu à traiter récemment, à l'hôpital Lariboisière, un malade qui avait une balle de revolver enclavée dans le rocher. Une partie du projectile avait été immédiatement extraite. Au bout de quelque temps, le malade fut pris de telles douleurs, que je dus rechercher la partie qui était restée. Je fis l'extraction au moyen d'un tire-fond. Il n'y eut ni hémorrhagie ni accident d'aucun genre.

Le malade souffrit quelques jours encore, mais son état s'améliora bientôt et il quitta mon service complètement guéri.

M. SCHWARTZ. J'ai eu l'occasion d'observer deux cas de coups de feu tirés dans l'oreille.

Il n'y eut pas d'accidents encéphaliques, ce qui permit de préjuger que les projectiles n'avaient pas dépassé le rocher. Le malade ne voulut se soumettre à aucune exploration ni opération. J'instituai un pansement iodoformé, et la guérison se fit sans accidents.

M. TERRIER. Le fait de M. Périer dépose en faveur de l'utilité d'une intervention primitive, puisque des accidents se sont montrés consécutivement. La balle s'infecte nécessairement au contact des produits septiques que renferme toujours l'oreille externe.

Nonobstant l'emploi d'une antisepsie exacte, je fus, dans un cas, obligé d'intervenir avec la gouge et le maillet. Le sinus latéral fut ouvert; je dus faire un tamponnement énergique et le malade guérit.

Je juge donc plus prudent de tenter d'emblée l'extraction du projectile.

M. PÉRIER. J'ai obtenu une asepsie parfaite par l'emploi du salol et du coton au salol, précédé d'une irrigation avec une solution de sublimé. L'oreille fut ensuite obturée avec du collodion.

M. CHAUVEL. Il m'est impossible de défendre les idées de M. Berger, au point de vue général. L'intervention est parfois difficile et dangereuse. J'ai dit que, dans un cas de ce genre, un malade de Reverdin eut une hémorrhagie formidable qui faillit l'emporter.

M. DESPRÉS. J'ai vu deux exemples de plaies de l'oreille par

balle, guéris tous deux par l'expectation. Un de ces malades eut une paralysie faciale; je n'intervins pas, et pourtant le blessé est guéri depuis cinq ans. La paralysie s'est sensiblement améliorée depuis lors.

Présentation de malades.

1° Cancroïde de l'angle externe de l'œil. Ablation. Autoplastie à l'aide d'un grand lambeau frontal.

M. MONOD présente un malade âgé de 55 ans, atteint d'épithélioma (ulcus rodens) de l'angle externe de l'œil. Le mal date de 1870. Opéré une première fois, il y a 5 ans, à Lariboisière. Opération le 29 décembre. Ablation large des deux paupières, du rebord de l'orbite du globe oculaire et curage de la cavité orbitaire. La grande perte de substance ainsi produite est comblée par un lambeau frontal détaché à l'aide d'une incision libératrice portant sur la partie moyenne du front. La réunion s'est faite par première intention.

*2° Greffe cutanée à l'aide de grands lambeaux épidermiques.
(Procédé de Thiersch.)*

M. MONOD présente un second malade âgé de 45 ans, opéré le 20 décembre dernier, chez lequel il a obtenu la guérison rapide d'un ulcère à la jambe à l'aide de larges et longs lambeaux épidermiques empruntés à la peau de la cuisse du malade (procédé de Thiersch), dont il a déjà parlé à la Société l'an dernier.

M. CHAPUT présente un malade atteint de fracture de la rotule, le 18 septembre dernier, auquel il appliqua la griffe de Duplay. L'appareil est resté en place un mois. Le trajet des griffes a un peu suppuré. Guérison sans écartement et avec un cal de consistance osseuse.

La rotule est élargie mais non allongée.

Les mouvements sont très satisfaisants. A la date du 17 décembre, le malade fléchissait à angle droit, marchait aussi longtemps qu'avant, sans accident, et pouvait faire des travaux de force. Le résultat est donc excellent, tant comme cal que comme retour des fonctions du genou. D'ici quelques mois, le malade sera certainement en possession de toute l'étendue de ses mouvements. On peut faire aussi bien avec la suture osseuse, mais pas mieux.

Pour le Secrétaire annuel :

Le Vice-Secrétaire,

A.-H. MARCHAND.

Séance du 23 janvier 1889.Présidence de M. LE DENTU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

- 1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;
 - 2° Une lettre de M. HACHE, professeur à l'École de Beyrouth, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant national ;
 - 3° M. DESPRÉS offre à la Société la 3^e édition de sa *Chirurgie journalière* et la 3^e édition du *Dictionnaire de médecine et de thérapeutique*, publié en collaboration avec M. Bouchut.
-

A propos du procès-verbal.*Fracture de rotule traitée par la suture.*

M. CHAMPIONNIÈRE. On a présenté à la dernière séance un sujet traité par la griffe pour fracture de la rotule. Je vous présente un homme de 46 ans, Lunel (Victor), qui, le 23 novembre dernier, il y a moins de deux mois, fut atteint de fracture de la rotule à la suite du choc violent d'une plaque de fer sur le genou fléchi.

La tuméfaction était énorme. Le 30 novembre, deux jours après l'accident, l'articulation, remplie de caillots de sang, fut nettoyée avec soin ; des périphériques à l'articulation furent enlevées aussi. Il existait un grand fragment supérieur et deux petits fragments inférieurs complètement séparés et renversés.

Deux fils d'argent furent passés à travers le fragment supérieur et au-dessous des fragments inférieurs.

Suture du périoste et des tissus fibreux.

Pas d'appareil inamovible. La jambe fut placée entre deux cousins de sable.

Les tubes à drainage furent enlevés au premier pansement, le dixième jour.

Au bout de six semaines, le malade se levait, et aujourd'hui, cinquante-cinquième jour, il y a cinq jours qu'il a quitté l'hôpital. Il marche convenablement, fléchit déjà presque complètement la jambe sur la cuisse. Il enlève le membre et il est impossible de sentir une rainure quelconque entre les fragments.

Quelque mauvais que fût ce cas de fracture, la rapidité de l'intervention la rendait plus efficace et plus facile que pour les cas où l'opération est faite à une époque plus éloignée du traumatisme. C'était ce que j'avais fait jusqu'à présent. Mais aujourd'hui mon intention bien ferme est de continuer à la faire à peu près constamment à l'époque la plus rapprochée possible du traumatisme.

C'est le véritable traitement de la fracture de la rotule. Aucun appareil ne donne les résultats que je vous présente.

Discussion.

M. BERGER. La suture n'est, en général, point applicable aux fractures directes. Celles-ci peuvent, en effet, guérir au moyen d'un cal osseux avec le seul secours des appareils, car les tissus fibreux péri-rotuliens sont ordinairement conservés et les fragments peu éloignés.

M. DESPRÉS. J'ai présenté à cette Société, il y a trois ans, deux malades guéris de fracture de la rotule. Chez l'un d'eux, on hésita à affirmer l'existence d'un cal osseux.

Trois mois après, ce malade ayant succombé à une pneumonie dans un service de médecine, on put s'assurer, par l'examen direct, que la réunion s'était bien opérée au moyen d'un vrai tissu osseux.

Il ne faut donc point oublier que cette terminaison favorable peut être obtenue sans l'emploi de la suture.

M. CHAMPIONNIÈRE. Contrairement aux assertions de M. Berger, il n'existait plus, chez mon malade, aucune trace de trousseaux fibreux entre les fragments. La puissance vulnérante avait détruit, en les machant, tous les tissus prérotuliens. L'articulation était remplie par un énorme caillot, et l'écartement des fragments était aussi considérable qu'il puisse être dans une fracture par cause indirecte. J'insiste sur la facilité relative que j'ai eue à mettre les fragments en contact, et qui tenait à ce que l'accident était de date récente. Je rappelle, de plus, que le membre ne fut maintenu dans une gouttière que pendant six jours, le reste de la cure s'étant effectué sans le secours d'aucun appareil.

Communication.*Sur un cas de ventro-fixation ou utéropexie.*

PAR M. POLAILLON.

On a souvent dit que, dans les questions de chirurgie, les revers étaient au moins aussi instructifs que les succès. Aussi je m'empresse de vous communiquer un revers, à propos de l'opération nouvelle de la ventro-fixation ou utéropexie.

Une femme de 50 ans, Hortense S..., entraît, le 28 novembre 1888, à la Pitié, salle Gerdy, n° 13, pour un prolapsus complet de l'utérus.

Cette femme, forte et grasse, était habituellement bien portante. A 20 ans, elle eut une première grossesse. Le prolapsus date de ce premier accouchement. A 38 ans, elle eut un second accouchement, après lequel le prolapsus persista et devint rapidement complet.

Depuis deux ans, les règles ont présenté quelques irrégularités. Elles se sont complètement supprimées depuis huit mois.

Chose singulière, la mère de la malade avait elle-même un prolapsus utérin. Les antécédents héréditaires n'offrent, d'ailleurs, rien autre à noter.

Il y a deux ans, le prolapsus de notre malade devint douloureux. Il provoquait des douleurs de reins, des douleurs épigastriques et des coliques. La station debout était pénible. Les mouvements, pour élever les bras, pour s'accroupir, étaient particulièrement douloureux. Les mictions étaient lentes et difficiles.

Les pessaires ne procuraient aucun soulagement et ne pouvaient rester en place.

La malade, examinée à son entrée à l'hôpital, présente, en effet, tous les signes d'un prolapsus complet de l'utérus avec cystocèle vaginale. La station debout, les efforts quelconques provoquent la sortie du col utérin hors de la vulve, et la malade raconte que l'utérus tombe tout à fait entre les cuisses, lorsqu'elle se livre à des travaux pénibles.

La réduction avec le doigt est facile et complète. On peut même amener le fond de l'utérus au contact de la paroi abdominale et le sentir avec la main appliquée au-dessus du pubis.

Le col est petit, non ulcéré. La cavité utérine a des dimensions normales : 6 centimètres de profondeur. Il n'y a donc aucune hypertrophie du col ni du corps.

En présence de ce prolapsus complet, douloureux et incoercible par les pessaires, je songai à deux opérations : l'ablation de l'utérus, qui aurait été sans inconvénients chez une femme arrivée à la ménopause et la ventro-fixation. Je me décidai pour cette dernière opération.

La malade fut baignée, purgée ; le vagin fut rendu aseptique par des injections de sublimé.

Le 22 décembre 1888, l'opération fut faite.

La chloroformisation est assez difficile. Il n'y a pas de vomissement pendant le sommeil anesthésique, mais de l'agitation et des plaintes.

Après avoir réduit l'utérus, cathétérisé la vessie et lavé le vagin avec une solution de sublimé à un millième, je place dans le vagin un spéculum plein en buis, afin de refouler l'utérus le plus haut possible. Ce spéculum est maintenu par un aide pendant toute la durée de l'opération.

Puis, le pubis étant rasé et lavé au sublimé, je fais une incision sur la ligne médiane, à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, jusqu'à la partie supérieure de l'articulation pubienne. La couche graisseuse de la paroi abdominale est très épaisse.

Les intestins, ayant une grande tendance à faire hernie, sont refoulés avec des éponges antiseptiques.

La vessie ne se voit pas; mais une sonde, introduite dans sa cavité, montre où elle se trouve derrière le pubis. Je prends de grandes précautions pour ne pas la blesser.

La recherche de l'utérus avec les doigts présente quelques difficultés, et j'ai beaucoup de peine à l'attirer au niveau de l'angle inférieur de la plaie, bien qu'il soit refoulé en haut par le spéculum introduit dans le vagin. L'utérus était recouvert de plusieurs petits fibromes sous-péritonéaux.

J'embroche le fond de l'utérus et un de ces fibromes avec une aiguille d'Emmet, et je passe un fil double de catgut n° 4. Deux autres fils simples de catgut n° 4 sont ensuite placés au-dessous des premiers, à travers la paroi antérieure de l'utérus, à l'aide d'une sorte d'aiguille de Deschamps courbée latéralement.

Le premier fil double a été placé avec beaucoup de difficulté, en raison de l'épaisseur de la paroi abdominale et de la profondeur où se trouvait l'utérus. Ce premier fil a permis d'attirer l'organe en haut et de faciliter l'application des deux autres fils.

Comme une certaine quantité de sang s'était répandue dans le petit bassin, cette cavité fut soigneusement lavée, puis je procédai à la fixation de l'utérus. Chacun des fils de catgut fut passé, de chaque côté, à travers la paroi abdominale, en les faisant pénétrer par la surface péritonéale et ressortir, un peu en arrière de la peau, sur la surface de l'incision. Avant de serrer les fils utérins, trois points de suture profonds en fil d'argent furent placés sur les lèvres de la plaie. Les fils utérins furent ensuite noués, et les lèvres de l'incision rapprochées par les fils de suture profonde et par quelques points de suture superficielle en crins de Florence.

Le spéculum fut alors retiré, et, par le toucher vaginal, on sentit que l'utérus était très bien fixé à la paroi abdominale.

Pansement de Lister sur le ventre et tampon de gaze iodoformée dans le vagin.

La malade est reportée dans son lit.

Le réveil est rapide et facile.

Dans la journée, la malade a des nausées et quelques crachote-

ments. Les douleurs du ventre sont légères. On a dû la sonder pour la faire uriner.

Un peu d'agitation vers le soir, calmée par 1 centigramme de morphine en injection hypodermique.

Glace en permanence sur le ventre. T. 36°₉, P. 92, R. 30.

23 décembre. La nuit a été agitée. Il y a eu plusieurs vomissements. Soif très vive. T. matin 37°₆, P. 92, R. 32; T. soir 37°₄, P. 108.

24 décembre. Douleurs dans le ventre assez vives pour faire pousser des cris à la malade. Pas d'émission gazeuse par l'anus. Miction spontanée. Les vomissements ont cessé. T. matin 37°₃, P. 116, R. 50; T. soir 37°₉, P. 120, R. 26.

Glace sur le ventre; 50 centigrammes de sulfate de quinine en lavement.

25 décembre. Les douleurs de ventre continuent. Les vomissements recommencent. Les matières vomies sont formées par les boissons. T. matin 37°₆, P. 132, R. 22; T. soir 37°, P. 132, R. 26.

75 centigrammes de sulfate de quinine en lavement.

26 décembre. Anxiété. Un peu de délire. Teinte subictérique de la face. Vomissements continuels. Le ventre est très ballonné. Cependant il y a des émissions de gaz par l'anus et des mictions spontanées.

1^{er} pansement. Poudre d'iodoforme sur la plaie, qui est recouverte d'un pansement de Lister. Badigeonnage de tout le ventre avec du collodion. T. matin 37°₂, P. 132, R. 30; T. soir 37°₂, P. 128.

50 centigrammes de calomel pour provoquer des évacuations intestinales.

27 décembre. La purgation avec le calomel n'a pas agi. On donne une nouvelle purgation avec 40 grammes de citrate de magnésie. Elle est vomie.

L'état est grave, bien que la température ne dépasse pas 37°.

28 décembre. La nuit a été assez calme. Le facies est un peu cyanosé. Somnolence. Quelques gaz par l'anus, mais point d'évacuations alvines. T. 36°₈. Pouls ondulant, très faible, à 132. Délire dans la journée.

Mort à 3 heures de l'après-midi.

Autopsie faite trente-six heures après la mort, par M. Mariage, interne du service. Dès que les fils de la suture abdominale furent enlevés, la plaie se désunit. Il y a quelques caillots sanguins à la partie inférieure de la plaie. La partie profonde de la plaie est formée par une masse inflammatoire englobant la couche sous-péritonéale, le péritoine et le grand épiploon. On ne retrouve pas à ce niveau les fils de catgut qui ont servi à suturer l'utérus.

L'utérus est retombé dans le petit bassin et n'a plus de rapport avec la paroi abdominale que par quelques tractus fibrineux, sans consistance, longs et grêles.

Les fils de catgut se sont complètement résorbés. On n'en retrouve, au niveau de l'utérus, que quelques lambeaux friables.

L'utérus, très petit, couvert de petits corps fibreux, dont quelques-

uns sont tout à fait pédiculés, présente à sa face antérieure la trace des trois points de suture qu'on y avait placés.

Les anses intestinales sont très dilatées par les gaz. Le péritoine est légèrement rouge, surtout aux points de contact des anses intestinales. Pas d'épanchement séreux ni purulent. En somme, péritonite généralisée légère.

Les autres organes sont sains : le cœur, les poumons, les reins, le foie, ne présentent pas de lésions notables.

Messieurs, je livre ce fait tel qu'il est, sans vouloir en conclure une condamnation de la ventro-fixation.

Cependant il démontre que les fils de catgut sont trop facilement résorbables pour être employés dans cette opération. Si j'ai l'occasion de pratiquer encore la ventro-fixation de l'utérus, je me servirai de fils de soie ou de fils d'argent.

Dans le cas de prolapsus utérin, et chez une femme dont les parois abdominales sont épaissies par la graisse, la ventro-fixation est une opération difficile. J'ai eu beaucoup de peine à embrocher le fond de l'utérus pour y passer le premier fil, bien que l'organe fût fortement repoussé en haut par le spéculum placé dans le vagin. La vessie ne m'a nullement gêné pendant l'opération. Il est probable qu'elle se rejette à droite ou à gauche. Les fonctions ne paraissent pas entravées, puisque la miction s'est accomplie comme à l'état normal.

Enfin, l'utérus est retombé dans le petit bassin avant que des adhérences solides aient pu s'établir. Les efforts de vomissement presque incessants de la malade ont sans doute puissamment aidé à la reproduction du déplacement. Mais ce déplacement n'aurait certainement pas eu lieu si les quatre fils de la suture utérine avaient été d'une nature moins résorbable.

Quant à la cause de la mort, il est bien évident qu'elle est due à une péritonite, dont la cause m'échappe, puisque nous avions pris toutes les précautions qui nous donnent des succès presque constants dans les laparotomies.

Discussion.

M. TERRIER. M. Polaillon n'est peut-être pas en droit, en s'appuyant sur un cas isolé, d'incriminer les qualités de résistance du catgut. Je me suis servi cinq fois de cet agent et n'ai eu qu'à m'en louer. D'autres raisons rendent du reste un compte suffisant de l'échec de notre collègue. La malade a eu une péritonite et des vomissements répétés. De plus, la septicité par elle-même explique très bien l'absence d'adhérences solides. Les conclusions tirées de

ce fait sont donc exagérées, car le catgut lui-même est peut-être responsable de la complication septique.

J'ai opéré, avec l'assistance de M. Monod, un prolapsus utérin qui tenait à une vieille salpingite purulente que je fus obligé de disséquer. L'utérus fut fixé au moyen du catgut. La malade guérit sans accidents, et l'utérus est resté depuis en bonne situation.

M. POZZI. Comme M. Terrier, je ne crois pas d'une façon absolue à l'insuffisance du catgut. Pourtant, Olshausen vit chez une femme qu'il avait opérée, et qui avait guéri sans accidents, le prolapsus utérin se reproduire au bout de neuf jours. Il attribua cet insuccès à ce qu'il s'était servi de catgut. Säger, de son côté, donne la préférence aux fils non résorbables. Si une suture doit supporter un poids considérable, il faut préférer les fils solides au catgut, puisque, dans le cas cité plus haut, l'insuccès ne fut point causé par une péritonite septique, mais bien par l'insuffisance de l'agent de fixation.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. L'insuccès de M. Polaillon ne peut rien démontrer. Comme M. Terrier, je l'attribue à la péritonite qui a suivi l'opération. J'ai des malades, opérées depuis près de trois mois avec du catgut, dont l'utérus est toujours bien fixé, et chez lesquelles maintenant la station verticale est possible. Le catgut bien préparé et bien conservé peut donc rendre tous les services qu'on attend de lui, et je ne me sens point disposé à l'abandonner, car il a toujours parfaitement suffi à mes besoins.

M. TERRILLON. M. Reverdin a montré que le catgut pouvait être porté à une température de 140 à 150° sans se détériorer. Le catgut ainsi stérilisé et conservé dans la solution alcoolique de sublimé m'a toujours donné les meilleurs résultats.

M. TERRIER. Olshausen n'avait pratiqué qu'un seul point de suture au niveau de chaque angle utérin. J'en ai pratiqué cinq dans les opérations que j'ai exécutées. Cette différence dans les procédés en doit entraîner également dans les résultats.

M. TRÉLAT. Si les suites opératoires sont bonnes, les processus réparateurs normaux, comme dans les cas de MM. Terrier et Championnière, l'organisation des adhérences est très rapide. Il importe peu que le catgut se résorbe ou non, et que l'agent fixateur soit d'une qualité ou d'une autre. Le fait que vient de rapporter M. Polaillon m'engage à rappeler les idées que j'ai émises dans la précédente séance. L'opération d'Alexander et l'hystéropexie ont des indications différentes, et il ne faut recourir à la dernière que si elle est formellement indiquée.

M. POLAILLON. M. Terrier reproche au catgut dont je me suis servi de n'avoir vraisemblablement pas présenté toutes les garanties désirables au point de vue de l'asepsie. Je rappelle à ce propos qu'on a prétendu que le catgut parfaitement aseptique se résorbait trop rapidement. J'ai pris pour mon opération les précautions que je prends d'habitude. J'ignore donc quelle a pu être la cause des accidents auxquels a succombé ma malade.

A l'avenir, et quoique partisan de l'emploi du catgut, je me servirai pour l'hystéropexie, que je la pratique pour un prolapsus ou une rétroversion, de liens plus solides, tels que la soie ou même le fil d'argent.

Rapport.

Injection d'éther iodoformé dans un abcès froid. Accidents graves. Mort apparente. Insuccès thérapeutique. [Observation du D^r GAILLARD (de Parthenay).

Rapport par le D^r ROUTIER.

Je viens vous rendre compte d'une observation intéressante que vous a envoyée M. le D^r Gaillard (de Parthenay).

Il s'agit d'un vaste abcès froid que notre confrère traita par une injection d'éther iodoformé; à peine l'injection était-elle pratiquée, que des accidents graves se manifestèrent : prostration, perte de connaissance, arrêt de la respiration, mort apparente, qui nécessitèrent la mise en œuvre de tous les moyens employés en pareil cas.

Le malade fut rappelé à la vie, mais l'abcès n'a pas guéri. M. le D^r Gaillard a injecté dans la poche de l'abcès 110 grammes d'éther tenant en suspension 5^{gr},50 d'iodoforme.

Il n'est pas douteux pour nous que les accidents soient imputables à l'absorption rapide de l'éther, qui, agissant à dose massive, a provoqué les accidents d'une anesthésie poussée trop loin.

Cependant je dois dire que, dans l'article qu'il a consacré, dans la *Revue de chirurgie*, au traitement des abcès froids (année 1885, p. 428), M. le professeur Verneuil ne se préoccupe que de la quantité d'iodoforme laissée dans l'abcès, et nullement de la quantité d'éther, si bien que voici la substance de ses conclusions :

Si l'abcès est petit, on peut injecter une solution forte, par exemple : 20 grammes d'éther chargés de 4 grammes d'iodoforme.

Si l'abcès est volumineux, injectez sans crainte jusqu'à

200 grammes d'éther iodoformé à 3 0/0, c'est-à-dire environ 6 grammes d'iodoforme.

M. le Dr Gaillard a injecté 100 grammes d'éther et 5^{gr},50 d'iodoforme, il s'est tenu dans les limites indiquées; il a eu cependant des accidents.

Il me semble qu'il faut en conclure que la quantité d'éther n'est pas indifférente, qu'il faut se garder d'en injecter une trop grande quantité; il serait prudent de ne jamais dépasser 20 ou 30 grammes.

Il est bon qu'on sache que cette méthode, tout innocente qu'elle paraisse, n'est pas exempte de quelque danger.

Je vous propose d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer son observation dans nos archives.

Communication.

Kystes dermoïdes de la fente intermaxillaire.

Par M. LANNELONGUE (de Paris).

Messieurs, il me semble que vous ne trouverez pas mauvais que je vienne apporter un peu de variété dans la physionomie de vos séances en vous parlant d'autre chose que de ce qui touche aux opérations de la cavité abdominale. Ma communication a trait à un petit point de pathologie peu exploré; il s'agit des kystes dermoïdes de la fente intermaxillaire, affection rare si on doit en juger par les publications faites; je n'en ai trouvé qu'une observation dans mes recherches bibliographiques.

Mais je crois qu'il ne faut pas s'en rapporter à cette absence de mention et qu'on doit invoquer plusieurs autres considérations. En premier lieu, la négligence d'avoir publié les faits que les chirurgiens ont pu avoir sous les yeux est d'autant plus excusable qu'on n'a guère à l'esprit la pensée de la fente intermaxillaire. Il me paraît probable, en second lieu, qu'on a dû méconnaître la nature dermoïde des kystes dans certains cas et les confondre avec des loupes, confusion très facile à faire si on n'a pas découvert des poils dans le contenu, ou bien si on n'a pas eu recours à l'examen histologique de la paroi. Enfin, il me paraît certain que ces kystes sont beaucoup moins nombreux que ceux qui apparaissent sur le trajet de la fente fronto-maxillaire, et ce fait m'a conduit à chercher pourquoi la fréquence était moindre dans le siège qui m'occupe. Or, voici l'explication qui m'a paru la plus naturelle :

Vous n'ignorez pas que le premier arc branchial se divise en

deux parties presque à son origine au crâne; le segment supérieur doit former le maxillaire supérieur, le segment inférieur constituera le maxillaire inférieur. Les parties molles superficielles sont comprises naturellement dans chacun de ces segments; mais, plus tard, lorsqu'elles se réunissent entre elles pour constituer les joues, les os placés en dessous restent distincts; il en résulte qu'il ne peut pas se produire ici un pincement de l'ectoderme par le squelette puisqu'il n'y a pas de soudure osseuse. Or, on ne doit pas oublier que ce pincement est une des causes les plus fréquentes de l'enclavement ectodermique à la faveur duquel se produisent si communément les kystes dermoïdes. Le contraire a lieu sur le trajet de la fente fronto-maxillaire; la soudure des os dans la partie profonde de la fissure entraîne assez souvent une portion du tégument externe ou muqueux qui lui était primitivement adhérent, et cet îlot tégumentaire déplacé devient plus tard le kyste lui-même. Il m'a semblé que là était peut-être la raison de la rareté de l'affection dans la région qui m'occupe.

Le premier cas a été rencontré par M. Verneuil chez une dame de 24 ans ¹. La tumeur située au-dessous de l'arcade zygomatique faisait saillie à l'extérieur ainsi que du côté du vestibule de la bouche. Son origine semblait remonter à plusieurs années, mais c'était seulement depuis deux ans qu'elle avait pris un développement sensible. On avait déjà fait trois ponctions qui n'avaient amené d'autre résultat que la suppuration du kyste, lorsque Verneuil, croyant avoir affaire à un abcès symptomatique d'une lésion osseuse, fit une large incision et pansa la plaie de manière à empêcher sa réunion. Deux mois plus tard, la malade vit sortir une mèche de cheveux par la fistule. Le diagnostic de kyste dermoïde étant dès lors établi, on en fit l'extirpation complète. La dissection fut laborieuse, la cavité kystique se prolongeant entre la face externe du maxillaire supérieur et la branche montante du maxillaire inférieur. Après cette opération radicale, la guérison fut complètement obtenue. La masse extirpée se composait, d'une part, d'un kyste principal à paroi distincte, revêtu d'un épithélium pavimenteux et pourvue de papilles vasculaires, et d'autre part de petits kystes secondaires très nombreux translucides, à paroi mince revêtu d'un épithélium pavimenteux. Le grand kyste renfermait de la matière caséeuse avec des poils follets, les petits kystes étaient remplis d'un liquide muqueux.

Tel est le fait de Verneuil, doublement intéressant. Premièrement parce qu'il est le premier cas de kyste de la fente intermaxillaire; secondement parce que les kystes surajoutés au kyste prin-

¹ Observation (Thèse de Cunel, p. 201).

cial que Verneuil n'a pas interprétés sont, d'après moi, des exemples de kystes mucoïdes, ce qui indiquerait que l'inclusion a porté sur le point de la fente où la peau et la muqueuse sont en continuité directe; de là les deux variétés de kystes : l'une aux dépens du tégument externe, l'autre comprenant des kystes multiples aux dépens de la muqueuse de la fente en continuité avec la muqueuse buccale.

Nous avons observé deux cas de kyste dermoïde siégeant dans la région de la joue et qui ne pouvaient être rapportés qu'à la fente intermaxillaire. Le premier de ces cas se rapporte à un homme de 29 ans, qui portait depuis sa naissance une tumeur située sur le bord antérieur du masséter, un peu en avant de la branche montante du maxillaire inférieur. Grosse d'abord comme une noisette, elle s'était accrue depuis cinq ans. On voyait une petite dépression cicatricielle à la surface de la peau qui recouvrait la tumeur. Le kyste enlevé en totalité, l'examen de la paroi révéla un derme avec des papilles et des glandes sébacées; le contenu présentait des poils.

Obs. I. — *Kyste dermoïde intermaxillaire.*

Homme de 29 ans. Il porte une tumeur aplatie, du volume d'un marron, située dans la région du masséter et un peu en avant de la branche montante du maxillaire inférieur, en avant de la parotide, par conséquent. Cette tumeur est fluctuante, peu mobile; elle glisse cependant sur les parties profondes. Son origine remonte à la naissance: elle avait d'abord le volume d'une noisette. Restée stationnaire jusqu'il y a cinq ans, elle s'est mise, à cette époque à grossir et est arrivée peu à peu aux dimensions actuelles. Elle est un peu adhérente à la peau, qui présente à ce niveau une légère dépression cicatricielle, comme si cette dépression paraissait être la trace d'une cicatrisation fistuleuse. L'extirpation de la tumeur faite sans difficultés et dans sa totalité, la guérison fut prompte.

Le contenu était composé d'un liquide laiteux et d'une matière sébacée au sein de laquelle on voyait de nombreux poils folets enroulés. La paroi possédait des papilles et des glandes sébacées.

Obs. II. — *Kyste dermoïde de la joue d'origine intermaxillaire.*

On m'amène, en mars 1888, une jeune fille de dix-huit ans habitant la campagne et portant une tumeur du volume d'une très petite noisette placée dans l'épaisseur de la paroi buccale, à un centimètre $1/2$ environ de la commissure buccale du côté droit, sur une ligne allant de la commissure vers le tragus. D'après les parents, cette tumeur aurait été reconnue il y a dix-huit mois environ; elle avait alors le volume d'un pois chiche et elle était à peine visible sur la joue. Au toucher cette tumeur est tendue, élastique et d'une forme sphérique. Son volume est trop médiocre pour qu'on puisse y sentir la fluctuation. Elle occupe

l'épaisseur de la joue, soulevant un peu la peau; on n'aperçoit rien d'anormal sur le tégument qui la recouvre et ne glisse pas aisément au devant d'elle; elle occupe l'épaisseur de la joue, probablement au milieu des muscles. La muqueuse buccale glisse au-devant d'elle. Pour éviter une cicatrice cutanée, l'extirpation de cette tumeur, que je croyais être un kyste, fut faite par la bouche; l'opération un peu pénible, avant qu'on pût bien dénuder une partie de la poche, devint facile à la fin; car le kyste ouvert, la paroi fut facilement amenée à l'extérieur par la plaie. La guérison fut prompte sans complications.

Le kyste contenait une matière caséuse dans laquelle on ne voyait pas de poils tout d'abord; au microscope, on découvrit de nombreux poils très fins. La paroi présentait des papilles, on n'y vit pas de glandes.

Tels sont les deux faits qui me sont propres et dont j'ai fait le diagnostic, en me basant sur les considérations qui ont trait aux kystes dermoïdes ordinaires et dont j'ai donné la formule dans mon traité des kystes congénitaux à peu près en ces termes: Toutes les fois qu'une tumeur est placée sur le trajet d'une fissure anatomique de l'embryon ou d'une fente branchiale, et que cette tumeur date de l'enfance ou de l'adolescence, plus rarement de la naissance ou de l'âge adulte, qu'elle a un développement lent avec un accroissement beaucoup plus grand à partir d'un moment donné, et pour caractères physiques d'être molle, arrondie, élastique, adhérente au squelette d'habitude et toujours sous-aponévrotique, on doit penser à un kyste dermoïde ou mucoïde.

La constatation de la tumeur à la naissance est un fait de grande valeur, mais il est malheureusement exceptionnel dans l'espèce, et, chose curieuse dont j'ai fait la remarque il y a longtemps, et à laquelle j'ai été conduit par l'examen des faits, ce sont les tumeurs dermoïdes que j'ai appelées *complexes*, c'est-à-dire à texture variée où l'on trouve une paroi végétante avec des productions anormales, os, cartilage, dents, etc., qui sont les tumeurs qu'on observe de préférence à la naissance; tandis que les kystes dermoïdes ou mucoïdes simples n'apparaissent, en général, que plus tard, vers l'âge de 5, 6, 10, 15 et 20 ans.

Le fait de M. Verneuil, le premier en date pour la fente intermaxillaire, est particulièrement intéressant, parce qu'il a présenté une association qui n'est pas rare d'un kyste principal dermoïde avec d'autres kystes appartenant au groupe que j'ai appelé *mucoïde*, mot que j'ai créé par opposition à celui de dermoïde, et un peu à contre-cœur, parce qu'on désigne quelquefois sous le nom de tumeurs mucoïdes des productions avec un contenu dit muqueux.

Quoi qu'il en soit du terme, il a eu pour but de caractériser toute une série de kystes qui a été décrite par moi pour la première fois, série parallèle à la série dermoïde quoique beaucoup moins nom-

breuse. Ces kystes, dont on méconnaissait la nature et l'origine, proviennent, ainsi que je l'ai démontré, de l'enclavement du tégument muqueux dans les fentes superficielles ou profondes de l'embryon; ils dérivent donc d'un mécanisme identique à celui qui engendre les kystes dermoïdes, les deux espèces sont, ainsi que j'en ai cité des exemples, associées parfois entre elles. Il m'a paru intéressant de communiquer ces faits, afin d'attirer l'attention sur les kystes dermoïdes au niveau de la joue, qu'on doit confondre quelquefois, j'en suis convaincu, avec les loupes ordinaires. L'incision buccale, quand on pourra y recourir, doit être préférée pour l'extirpation du kyste.

Discussion.

M. QUÉNU. M. Lannelongue s'est servi du mot mucoïde pour qualifier certains kystes dont il attribue l'origine à l'inclusion du tégument muqueux. Cette terminologie prête à la confusion, car M. Malassez a désigné ainsi des productions kystiques à contenu muqueux, il est vrai, mais à paroi tapissée de cellules caliciformes, qui en constituent la caractéristique.

Il serait donc préférable, pour éviter toute erreur, de laisser aux kystes dont parle M. Lannelongue les noms de kystes dermoïdes cutanés pour les dermoïdes ordinaires, de dermoïdes muqueux pour les derniers.

M. TRÉLAT. J'ai vu quelques exemples de kystes analogues à ceux que vient de décrire M. Lannelongue. La facilité avec laquelle je les avais reconnus m'a fait négliger d'en publier les observations. Je me rappelle notamment deux cas, observés chez des sujets de 24 et 25 ans. Chez l'un d'eux, la tumeur était massétérine; chez l'autre, elle siégeait au niveau de l'angle du maxillaire inférieur.

M. PEYROT. Robin, sans décrire précisément les kystes dermo-muqueux, avait signalé une particularité de structure des fistules branchiales cervicales qui est bien en rapport avec la double catégorie qu'établit M. Lannelongue. Il avait observé, en effet, que dans leur moitié externe ces trajets étaient tapissés par un revêtement épithélial analogue à l'épiderme cutané, tandis que dans leur partie profonde ils étaient revêtus d'un épithélium tout à fait semblable à celui de la muqueuse voisine.

M. LANNELONGUE. Je répondrai d'abord à M. Quénu que j'ai reconnu moi-même que le terme de mucoïde n'est pas très bon; j'en ai cherché un meilleur sans le trouver; j'avais pensé à appeler les kystes dermoïdes dermomes, et les mucoïdes, mucomes.

Puis j'ai rejeté ces mots et j'en accepterai volontiers un autre. On propose dermoïde cutané et dermoïde muqueux, j'avoue que ces termes ne me conviennent pas. M. Peyrot me rappelle une chose qui est connue depuis longtemps, à savoir que les fentes branchiales ont un revêtement anatomique, cutané et muqueux, qu'il y a parfois des fistules mixtes, que par conséquent il pouvait y avoir des kystes à contexture également mixte; cela est vrai, au cou en particulier, mais il y a loin de là, c'est-à-dire de ce fait particulier, à la conception beaucoup plus générale qui consiste à introduire toute une série pathologique de kystes soit simples, soit complexes, ayant pour caractère fondamental d'être constitués par une paroi muqueuse doublée d'un épithélium différent suivant la muqueuse intéressée avec un contenu variable, muqueux, séreux, etc. Ces kystes, que j'ai appelés mucoïdes, ont pour origine un enclavement de la muqueuse, et on les rencontre dans l'orbite, dans la bouche, dans les fentes embryonnaires de la face, dans le cou, dans l'abdomen, dans la région sacro-coccygienne, etc., etc.

Je répondrai à M. Trélat, qui croit avoir vu, sans qu'il ait publié les faits, des kystes de la fente intermaxillaire autour de l'oreille, dans le haut de la gouttière parotidienne, que les kystes des régions péri-auriculaires, c'est-à-dire immédiatement au voisinage de l'oreille, appartiennent, selon toutes les probabilités, aux fentes branchiales du cou; le kyste parotidien dont il parle est certainement un kyste développé aux dépens d'une des fentes branchiales et n'a, par conséquent, rien de commun avec les kystes qui ont fait l'objet de ma communication.

Élection.

Élection sur la demande d'honorariat de M. LANNELONGUE.

Votants, 25. — Majorité, 13.

| | |
|-----------------------|----|
| Oui..... | 23 |
| Bulletins blancs..... | 2 |

M. LANNELONGUE est nommé *membre honoraire*.

La séance est levée à 5 heures.

Le Vice-Secrétaire annuel,

A.-H. MARCHAND.

Séance du 30 janvier 1889.Présidence de M. LE DENTU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Discurso leído en la solemne sesion inaugural del ano de 1889 en la Real Academia de Medecina, por el Doctor don JOSÉ DIAZ BENITO J. ANGULO* (Madrid);

3° M. le D^r COLOMBE (de Lisieux) envoie une pièce anatomique ayant trait à une tumeur de l'ombilic avec hémorrhagies (Commissaire, M. Polaillon).

A propos du procès-verbal.

Fracture itérative de la rotule. Suture de la rotule. Guérison.

M. KIRMISSON. A propos de la présentation de suture de la rotule faite par M. Lucas-Championnière, je demande à la Société de chirurgie la permission de lui présenter un malade chez lequel j'ai pratiqué avec succès la même opération.

OBSERVATION. — Il s'agit d'un homme de 52 ans qui entra dans mon service à l'hôpital Broussais le 16 juillet dernier. La veille de son entrée, il avait fait une chute, pendant qu'il montait un escalier en portant sur les épaules un lourd fardeau. Il lui avait été impossible de se relever. A son entrée à l'hôpital, il était facile de reconnaître l'existence d'une fracture de la rotule avec écartement de 3 à 4 centimètres environ. L'articulation était le siège d'un épanchement sanguin extrêmement abondant; aussi, pendant onze jours, le malade fut-il soumis à la compression ouatée, le membre étant immobilisé dans une gouttière. Au bout de ce temps, le 27 juillet, le malade étant endormi, je rapprochai les fragments à l'aide des griffes de Malgaigne

modifiées par M. Duplay. Celles-ci furent parfaitement tolérées et ne déterminèrent ni suppuration ni accidents d'aucune sorte.

Le 31 août, les griffes furent enlevées. C'est à peine s'il y avait autour des piqûres de la peau une légère rougeur.

Le 10 septembre, on note que le résultat obtenu laisse beaucoup à désirer ; les fragments sont séparés l'un de l'autre par un cal fibreux mesurant 1 centimètre et demi de longueur environ. Le malade commence à marcher avec des béquilles.

Le 25 septembre, il fait un faux pas qui amène une rupture du cal fibreux, caractérisée par une ecchymose diffuse et un écartement plus considérable des fragments.

En présence de l'écartement persistant, le 22 octobre je pratique la suture osseuse des fragments. Le malade étant endormi et la région soigneusement lavée avec la solution phéniquée forte, je commence par rompre les adhérences en fléchissant fortement la jambe sur la cuisse, puis je pratique, au niveau de la partie moyenne du cal fibreux, une incision transversale. Je dissèque le fragment supérieur, qui est le plus volumineux. En l'isolant du cal fibreux, je trouve dans l'épaisseur de ce tissu fibreux un petit fragment osseux isolé du reste de la rotule et je l'enlève ; le fragment inférieur est isolé à son tour ; l'articulation est largement ouverte, elle renferme en arrière des fragments une masse de tissu fongueux, mollasse, qui est excisée. Puis, la surface fracturée des deux fragments est excisée avec un ciseau de Macewen. Deux trous sont alors pratiqués avec une drille sur chacun des fragments, et ceux-ci sont réunis ensemble par un solide fil d'argent, pendant que le membre est placé dans l'extension complète. Mais il est très difficile d'amener les fragments au contact ; à un moment donné, les fils se rompent, et il est nécessaire d'en placer de nouveaux. Un petit drain est placé sous la peau en avant des fragments, et la suture de la plaie est faite avec le crin de Florence.

Le 29 octobre, le drain est enlevé. La guérison se produit sans le moindre incident ; il n'y a pas d'élévation de température et pas trace de suppuration.

Aujourd'hui, trois mois après la suture, vous pouvez constater que la peau est parfaitement mobile au niveau de l'incision ; la rotule elle-même a une mobilité parfaite ; les fragments sont exactement en contact et réunis par un cal osseux. Le malade, qui, avant la suture, ne pouvait faire aucun mouvement de flexion, a aujourd'hui des mouvements de flexion assez étendus de la jambe sur la cuisse. Il est à espérer même que, sous l'influence de l'exercice, la mobilité du membre ira encore en augmentant.

En présentant ce malade à la Société de chirurgie, je n'ai pas l'intention de préconiser la suture de la rotule à l'exclusion de tout autre mode de traitement. Moi-même, dans deux cas, j'ai obtenu des griffes de M. Duplay un très bon résultat, non que le cal fût de nature osseuse, mais du moins le cal fibreux obtenu était

extrêmement court. Ici, je suis porté à expliquer l'échec de la griffe par l'interposition entre les fragments de tissus fibreux, interprétation qui a été donnée par Macewen. En effet, on pouvait sentir, au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, une bride tendue entre les deux fragments. Ce sont sans doute ces tissus interposés qui constituaient la masse fongueuse abondante que j'ai dû exciser pendant l'opération.

Quel que soit, du reste, le mode de traitement employé pour les fractures récentes de la rotule, il n'en reste pas moins vrai que les fractures itératives de cet os présentent un pronostic singulièrement fâcheux. Je me rappelle avoir vu, dans le service de Broca, un jeune homme qui s'était fracturé cinq fois la rotule, et chez lequel l'écartement mesurait au moins 15 centimètres; il était tout à fait infirme et ne pouvait marcher qu'à l'aide d'un appareil prothétique. C'est ce fait d'une fracture itérative qui m'a engagé à intervenir chez mon malade. C'est là aussi l'opinion que je voudrais défendre devant la Société, à savoir que l'une des indications les mieux établies de la suture de la rotule est constituée par les fractures itératives de cet os.

Discussion.

M. DELENS. Je n'ai jamais pratiqué la suture métallique des fragments de la rotule dans les cas de fracture récente, mais j'ai eu l'occasion de faire une fois cette opération pour une fracture non consolidée datant de trois mois.

Il y avait, dans ce cas, des indications spéciales résultant de l'état d'impotence presque complète du membre du côté opposé, atteint de tumeur blanche depuis l'enfance.

L'opération a été faite; les deux fragments ont pu être ramenés et maintenus exactement en contact. La réunion primitive a été obtenue. Néanmoins, le résultat fonctionnel n'a pas été aussi satisfaisant que je l'aurais désiré. Cela tient avant tout à ce que l'atrophie des muscles était déjà très avancée au moment de l'opération. D'ailleurs, l'opérée n'a pas été suivie très longtemps, et il est possible que depuis elle ait recouvré plus complètement l'usage de son membre.

OBSERVATION. — *Fracture non consolidée de la rotule gauche datant de trois mois; ouverture de l'articulation. Suture métallique des fragments. Consolidation.*

La nommée M... Louise, âgée de 38 ans, giletière, est entrée le 17 mars 1885 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Lisfranc, n° 3.

C'est une femme d'une mauvaise santé habituelle, portant des traces

multiples de scrofule. A l'âge de 7 ans, elle a eu une tumeur blanche du genou *droit*. La jambe de ce côté présente une subluxation du tibia et tout le membre est atrophié.

Le 20 décembre 1884, à la suite d'une chute dans un escalier, il se produit une fracture de la rotule *gauche*. Traitée à Lariboisière, la malade en est sortie le 20 février 1885, sans que la fracture soit consolidée. Depuis sa sortie, la marche est impossible. A son entrée, nous constatons une fracture transversale de la rotule gauche. Dans l'extension, un intervalle de 2 centimètres environ sépare les fragments. Dans la flexion, l'écartement est de 8 centimètres environ. Impotence complète du membre, dont les muscles sont atrophiés. Douleurs vives dans le genou au moment de la flexion.

Le 21 mars 1885, la suture de la rotule est pratiquée avec les précautions antiseptiques. Chloroformisation. Incision de 9 centimètres au devant de la rotule, suivant l'axe du membre. Les deux fragments de la rotule sont unis dans leur tiers postérieur par une bande fibreuse d'environ 5 millimètres d'épaisseur, qui est réséquée avec une frange synoviale. La surface des deux fragments est ruginée, et ils sont rapprochés à l'aide d'un gros fil d'argent qui les maintient en contact exact. L'extrémité tordue du fil est martelée sur la face antérieure de la rotule.

Le cul-de-sac supérieur de la synoviale est drainé de chaque côté et un drain est, en outre, placé à la partie inférieure de la plaie antérieure dont les lèvres sont réunies par des points de suture au fil d'argent. Des lavages à la solution phéniquée forte sont pratiqués dans la synoviale. Pansement de Lister. Immobilisation du membre dans une gouttière.

L'opérée, extrêmement nerveuse, eût des vomissements, des douleurs vives dans les jours suivants, et la température monta à 39°. Néanmoins, il n'y eut aucun accident du côté de la plaie.

Le 26 mars, les tubes à drainage et les points de suture furent retirés sans qu'il se fût produit aucune suppuration. Le 7 avril, le pansement de Lister fut supprimé.

Le 10 avril, on commença à électriser le triceps crural. Bien que les fragments de la rotule restent maintenus dans leurs rapports exacts, une douleur vive se produit chaque fois que l'on touche le bord interne de l'os, qui est le siège d'une douleur spontanée paraissant se rattacher à la présence du fil métallique.

Le 4 mai, on constate que le membre peut être soulevé et maintenu dans l'extension.

Le 12 mai, quelques mouvements de flexion sont possibles; les douleurs ont à peu près disparu, mais le membre reste très faible, en raison surtout de l'atrophie des muscles. La malade peut cependant faire quelques pas en s'appuyant sur le membre opéré. Elle est restée dans le service jusqu'au milieu de juin, mais très nerveuse. Elle n'a pu, en raison de son indocilité, être conservée plus longtemps dans les salles, et depuis elle n'a pas été revue.

En somme, dans ce cas, la suture a donné un résultat immédiat complet, et si le retour de la fonction a laissé à désirer, on ne peut incriminer l'opération. Elle a procuré la réunion osseuse que les moyens habituels de traitement n'avaient pu obtenir.

M. L. CHAMPIONNIÈRE. J'ai eu l'occasion de pratiquer la suture de la rotule cette année même pour un cas analogue à celui de M. Kirrison. Mon malade avait, dans une chute, rompu un cal fibreux encore récent. Le résultat a été bon ; il existe un peu de raideur articulaire, mais moins forte que chez le malade de notre collègue. J'ai éprouvé une certaine peine à rapprocher les fragments.

Chez un autre malade que j'opérai au bout de dix-sept jours, le rapprochement présenta moins de difficultés ; enfin, chez le dernier, pour lequel j'intervins dès le deuxième jour, le résultat a été rapide et complet. Aussi dois-je conclure que la suture faite immédiatement constitue un traitement qu'aucun n'égale, puisqu'il permet aux malades de se servir de leur membre au bout de cinquante jours ; aucun autre non plus ne prévient avec plus d'efficacité l'affaiblissement du triceps et la perte de sa tonicité. L'ouverture des articulations dans ces fractures montre bien les divers éléments qui nuisent à la consolidation. Non seulement j'enlève exactement le sang et les caillots, mais je résèque les brides fibreuses et jusqu'à des lambeaux assez considérables de synoviale tuméfiée.

Mes lectures et mon expérience personnelle me conduisent donc à considérer le traitement des fractures de la rotule par la suture comme le plus efficace et le plus parfait.

Je ne pense point, cependant, qu'on le doive appliquer à tous les cas. J'ai actuellement dans mon service deux malades, un homme de 72 ans et une femme de 73 ans qui, de plus, présente des phénomènes de ramollissement cérébral, et que je me garderais bien de traiter ainsi.

Mais sur les sujets jeunes et vigoureux, c'est la méthode par excellence. Elle rapproche le mieux les fragments, tout en écartant les causes qui nuisent à la consolidation. Elle prévient efficacement la déchéance fonctionnelle du triceps et assure de la façon la plus certaine la solidité de la réunion.

A ce sujet, il est bon de rappeler les difficultés que l'on a à constater l'ossification réelle du cal. Lors même que cette dernière ferait défaut, la présence des fils empêcherait tout allongement ultérieur. L'expérience prouve que ces derniers ne se distendent jamais et qu'ils restent solidement fixés dans le siège où on les a placés. Je revois de temps à autre un malade opéré

en 1883, chez lequel j'ai appliqué trois fils. Ce malade marche toujours aussi bien qu'immédiatement après la guérison.

Cette opération n'a qu'une exigence sérieuse, c'est d'être faite dans les conditions d'une asepsie parfaite.

M. DESPRÉS. Je rappelle les résultats que j'ai obtenus sans l'aide de la suture, et que j'ai présentés à la Société de chirurgie.

Ils démontrent par des exemples que le traitement ancien ne doit pas être abandonné. Quelles sont en effet les principales indications auxquelles doivent répondre les divers traitements applicables à la guérison des fractures de la rotule ? D'abord amener la résolution de l'hémo-hydarthrose, ce à quoi suffit toujours la compression; ultérieurement assurer le rapprochement et l'immobilisation des fragments. L'élévation du membre, en paralysant l'action du triceps, permet la coaptation de fragments.

Divers appareils comme la gouttière de Boyer, l'appareil en gutta-percha les maintiennent suffisamment. Quant à moi, je leur préfère un grand appareil silicaté comprimant la totalité du membre inférieur. Au bout de cinquante jours, mes malades marchent comme ceux de M. Championnière. Je n'en ai vu qu'un seul se faire une fracture itérative de la rotule. La consolidation, dans ce cas, se fit par l'intermédiaire d'un cal fibreux avec trois ou quatre travers de doigts d'écartement.

C'est pour ce genre d'accidents que je considère la suture de la rotule comme une véritable méthode de choix, mais non pour les fractures récentes.

M. KIRMISSON. J'ai été étonné de la quantité de tissus fibreux interposés aux fragments rotuliens et aux condyles fémoraux que j'ai dû exciser, aux restes de caillots que j'ai dû expulser. Le genou était raide après l'application des griffes; actuellement, ses mouvements sont bien plus libres, et gagnent notablement de jour en jour.

Communication.

Deuxième observation d'hystéropexie pour chute de l'utérus, compliquée d'une tumeur de la trompe

Par M. TERRIER.

Messieurs, si dans la dernière séance M. Polaillon nous a communiqué un fait malheureux d'hystéropexie pour chute de l'utérus opérée par la méthode que j'ai eu l'honneur de vous indiquer dans

la séance du 21 novembre 1888, permettez-moi de vous communiquer aujourd'hui et à propos du procès-verbal l'observation nouvelle, suivie de succès, dont je vous ai dit quelques mots dans la dernière séance.

Ce fait est d'autant plus intéressant que la chute de l'utérus était accompagnée d'une vieille lésion du côté des annexes, ce qui a nécessité une opération difficile, longue, pénible, mais heureusement suivie de succès opératoire et thérapeutique.

Voici ce fait rédigé d'après les notes fournies par M. Dumoret, interne du service et sur mes propres notes.

OBSERVATION. — M^{me} C..., née D..., habitant Levallois-Perret, ménagère, âgée de 47 ans, entre à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 28, le 10 décembre 1888.

Cette femme, de très haute taille, est maigre mais fort robuste. Son père serait mort de pneumonie ; sa mère, qui a aussi succombé à une affection de poitrine, était elle-même atteinte de prolapsus utérin.

Réglée à 15 ans et demi, les menstrues étaient régulières, peu abondantes et absolument indolores, elles duraient trois à quatre jours.

Mariée à 19 ans et demi, M^{me} C... eut une couche en avril 1862 ; les suites furent normales, la malade se leva au onzième jour et ne reprit ses occupations qu'au bout de trois semaines.

Pas d'excès de fatigue, la malade se ménageant suivant son expression.

Or, depuis cette couche, l'utérus était abaissé et le col se présentait à la vulve dans la station verticale. Il se réduisait dans la station horizontale.

Il existait des douleurs abdominales avec tiraillements vers les lombes, douleurs exaspérées soit par la marche, soit par la station debout prolongée.

Toutefois ces accidents étaient en fait tolérés, lorsqu'il y a deux mois et demi il y eut une véritable précipitation de l'utérus à travers l'orifice vulvaire.

Dès lors le prolapsus devint irréductible dans le décubitus dorsal, et cela malgré les efforts manuels pour obtenir cette réduction. Les douleurs devinrent de plus en plus vives, enfin la miction, très pénible, devint plus fréquente.

Ce sont ces accidents insupportables qui déterminèrent la malade à venir consulter et à entrer à l'hôpital.

Hors de la vulve existe une tumeur piriforme du volume d'une orange et offrant une coloration bleuâtre violacée. La surface de cette tumeur lisse et unie offre au toucher une sensation de sécheresse parcheminée toute spéciale.

A la partie inférieure de la tumeur, on aperçoit l'orifice externe du museau de tanche, légèrement entr'ouvert et offrant quelques exulcérations et granulations à sa surface.

L'hystéromètre donne 11 centimètres et demi de longueur de cavité

utérine, col et corps compris. Le col et le corps sont évidemment hypertrophiés.

Par le toucher, le vagin est très sec et parcheminé, l'utérus est fort difficile à réduire et même on ne le fait rentrer que partiellement, et le prolapsus se reproduit dès qu'on n'agit plus sur le col.

Prolapsus de la paroi vaginale et cystocèle d'ailleurs pas très accusée, sauf dans les efforts de toux. Pas de rectocèle.

Le toucher, combiné au palper, permet de reconnaître que l'utérus est immobilisé dans le bassin, et qu'il offre un développement anormal, qui nous fit penser à un utérus bourré de fibromes.

Comme troubles fonctionnels, on doit signaler : des douleurs lombaires continues, des douleurs vésicales, des mictions fréquentes et douloureuses et une constipation habituelle.

Du reste tous les autres organes sont sains, et M^{me} C... s'alimente fort bien.

Les douleurs sont telles que la station debout, la marche et surtout tout travail sont impossibles.

L'opération est faite le 21 décembre 1888 avec l'aide de MM. Quénu, chirurgien des hôpitaux, et Hartmann, prosecteur à la Faculté de médecine. Notre collègue M. le D^r Monod y assistait.

L'anesthésie de la patiente est difficile ; de plus, la réduction du prolapsus, même après anesthésie, est fort pénible et incomplète ; elle est faite par M. Hartmann.

Incision médiane sous ombilicale ; on arrive rapidement dans la cavité abdominale.

De suite on constate : 1° des adhérences de l'intestin grêle au fond de l'utérus et une tumeur située à gauche et faisant absolument corps avec l'utérus ; 2° cette tumeur est manifestement fluctuante ; est-ce un kyste de la trompe ou de l'ovaire gauche ?

On libère peu à peu l'utérus en arrière et en dehors de ses adhérences intestinales.

En avant, la vessie très adhérente et remontée est repoussée en bas après décollement de la face antérieure de l'utérus. Comme on le voit, la vessie est fort éloignée de la paroi abdominale.

L'isolement de la tumeur latérale gauche ne peut être poursuivi sans agrandir en haut l'ouverture du ventre, jusqu'au-dessus de l'ombilic. Cette section se fait avec des ciseaux volumineux et mousses.

On voit alors très nettement que la tumeur fluctuante est située dans le ligament large gauche dédoublé et qu'elle repousse et maintient l'utérus en bas et à droite.

On procède à l'énucléation de cette tumeur après avoir incisé son enveloppe au bistouri ; mais à la fin de cette énucléation, la tumeur se rupture, et il s'en écoule environ un verre de sang coagulé depuis longtemps déjà et un liquide d'aspect puriforme. On éponge les parties avec soin et on abrite les intestins avec des compresses phéniquées stérilisées par l'ébullition.

A l'aide des ongles et des ciseaux, on continue l'isolement de la tumeur du ligament large en ayant soin de placer des pinces à pression

sur les vaisseaux qui donnent du sang, surtout sur ceux qui correspondent à l'angle utérin gauche.

La tumeur est enlevée ainsi par morceaux, car elle se déchire facilement par la traction qu'on lui fait subir.

Ceci fait, après avoir bien nettoyé le péritoine pelvien, on laisse une éponge, maintenue par une pince, en arrière de l'utérus.

Celui-ci, situé à droite, est volumineux et peut alors être relevé jusqu'à l'incision abdominale. On en finit avec le côté gauche, en faisant trois ligatures en chaîne, comprenant l'angle utérin et le ligament large, ce qui arrête absolument le sang. Puis on remplace par une autre l'éponge déjà placée en arrière de l'utérus et qui était remplie de sang coagulé.

Passant à droite, j'amène l'utérus sur la ligne médiane, et je le fixe par trois points de suture au catgut de fort calibre. Chacune de ces anses comprend toute l'épaisseur de la paroi, moins la peau, des deux côtés de l'incision et une partie de la paroi antérieure de l'utérus. Le premier fil passe justement sur un point où le tissu utérin a été un peu incisé par le bistouri.

Un gros drain est placé derrière l'utérus dans le cul-de-sac, d'où l'on retire l'éponge montée. Nettoyage des culs-de-sac péritonéaux avec grand soin.

Suture de la paroi avec six fils d'argent profonds et sept fils superficiels au crin de Florence. Pansement à la poudre de salol et avec la gaze au salol.

L'opération a duré une heure dix minutes. Le spray a été utilisé pendant toute la durée de l'intervention chirurgicale.

21 décembre. Quatre vomissements dans l'après-midi. Un peu d'abattement. T. 37°, P. 110, R. 40.

22 décembre. Nuit calme. Un peu d'oppression due aux palpitations, pouls irrégulier. Urines, 800 grammes en vingt-quatre heures. T. matin 39°,2, P. 118, R. 40; T. soir 38°,2, P. 120, R. 40.

La journée est assez bonne. Alimentation lactée.

23 décembre. Dort deux heures environ. Oppression moindre. Abdomen indolore. Pas de météorisme.

Premier pansement; on replace le drain. T. matin 38°,8, P. 112, R. 38.

Bonne journée. Beaucoup de gaz par l'anus. T. soir 37°,6, P. 118, R. 34.

24 décembre. La malade a dormi une partie de la nuit. Elle s'alimente bien. T. matin 37°,2, P. 104, R. 34.

Le pouls reste toujours irrégulier. Une garde-robe normale. T. soir 37°, P. 126, R. 32.

La malade étant un peu oppressée, on lui place quelques ventouses sèches sur la paroi antérieure du thorax.

25 décembre. Une bonne nuit. Une garde-robe le matin. T. matin 38°, P. 98, R. 28.

Il n'y a plus d'irrégularités cardiaques. T. soir 37°, P. 92, R. 32.

Du 26 décembre au 27 janvier 1889, rien à noter, l'opérée va très bien et s'alimente.

2 janvier. Deuxième pansement par le D^r Quénu qui me remplaçait; réunion parfaite; on laisse les points de suture et on maintient le tube qui, d'ailleurs, n'a donné issue qu'à un peu de sérosité sanguinolente. Pansement au salol.

4 janvier (3^e pansement). On enlève les six fils d'argent, et un tube de petit calibre, mais aussi long, est substitué au tube primitif. Il y a une petite escarre au sacrum. Pansement au salol.

12 janvier (4^e pansement). On enlève les crins de Florence et le tube. Tampon iodoformé sur l'orifice de son trajet et compresses au salol.

17 janvier (5^e pansement). La cicatrice est parfaite. Ouate salicylée. Bandage de corps en flanelle.

Le 20 janvier. J'examine la malade et je note au toucher qu'il y a un peu de cystocèle persistante, que la lèvre postérieure du col est à 4 centimètres de la vulve, et la lèvre antérieure à 3 centimètres.

L'utérus, absolument immobilisé, est fixé derrière la paroi abdominale, à la partie inférieure de la suture médiane.

La malade se lève le 21 janvier, portant une ceinture abdominale, juste un mois après l'opération. Les mictions sont faciles et non fréquentes.

Les jours suivants elle marche et se promène sans ressentir la moindre gêne ni la moindre douleur. Les jambes seules sont faibles encore.

M^{me} C... quitte l'hôpital le 27 janvier 1889.

L'examen de la pièce fait en détail par le D^r Poupinel permet d'affirmer qu'il s'agissait d'une poche kystique du volume d'un œuf de poule portant accolée à sa paroi une saillie allongée et sinueuse qui n'est autre que la trompe. Son canal s'abouche dans la cavité kystique, constituée aux dépens de l'extrémité externe de la trompe et probablement avec des organes voisins : ovaire et ligament large. Cette cavité renfermait du muco-pus, et sa paroi teintée en jaune d'ocre permet d'affirmer la nature primitivement hématique du contenu. La paroi de cette cavité est fibreuse et résistante.

La partie de trompe qui a conservé son aspect normal offre une paroi épaisse et une muqueuse représentée par des cellules embryonnaires, l'épithélium ayant disparu.

Je n'ai pas besoin d'insister sur les difficultés de l'opération dont je viens de vous rendre compte; ce que je tiens à faire remarquer, c'est que, malgré ces difficultés, grâce aux précautions aseptiques et antiseptiques, j'ai pu éviter toute complication péritonéale, et ma suture a parfaitement tenu au moins jusqu'au départ de la malade, bien que cette suture soit faite avec du catgut certainement aseptique.

Un autre point à signaler, c'est la complexité de ce fait, complexité qui n'est peut-être pas aussi exceptionnelle qu'en peut le penser *a priori*.

En effet, la chute même de l'utérus est une cause d'inflammation intra-utérine, de métrite, et celle-ci doit fréquemment donner lieu à des salpingites et à des salpingites qui peuvent suppurer.

Toujours est-il que, d'abord réductible, le prolapsus compliqué de salpingite ou d'ovario-salpingite devient irréductible, et lorsqu'on intervient, on se trouve en présence d'accidents qui rendent l'opération au moins plus laborieuse, sinon plus sérieuse.

De là l'indication d'opérer vite la chute de l'utérus pour éviter précisément ces accidents qui compliquent la situation des malades.

Communication.

Tumeur de la queue du sourcil, d'origine traumatique, prise pour une tumeur dermoïde

Par M. LARGER.

L'objet de la présente communication ne se rapporte que d'une manière assez éloignée à celle que M. le professeur Lannelongue a faite dans la dernière séance.

Toutefois j'y suis sollicité, par ce fait qu'il y a été question de tumeurs dermoïdes. Non que je veuille le moins du monde revenir sur le chapitre de la pathogénie de ces tumeurs ; nous conservons à cet égard, M. Lannelongue et moi, chacun notre opinion ; mais parce que je désire rendre compte à la Société de l'examen d'une tumeur dont un malade que j'ai présenté, il y a quelque temps déjà, était porteur.

Dans une communication antérieure (*Bul. Soc. chir.* 1887, p. 400), j'ai montré comment certaines tumeurs de la queue du sourcil, d'origine traumatique, pouvaient en imposer parfois pour des tumeurs dermoïdes, d'origine congénitale.

Le malade que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société, le 18 janvier 1888, en est un nouvel exemple. Le procès-verbal de la séance, rédigé par M. le secrétaire annuel, porte ceci (p. 67) : L'avis de la plupart des membres présents est qu'il s'agit là d'un kyste dermoïde. » Or, l'observation qui va suivre démontre ce que j'ai pensé dès le début, que la tumeur était traumatique.

OBSERVATION. — M..., âgé de 32 ans, présente au niveau et un peu

au-dessus de la queue du sourcil droit une petite tumeur du volume et de la forme d'une petite olive. Cette tumeur est de consistance dure, elle adhère profondément au périoste par un pédicule, mais n'adhère pas à la peau bien mobile sur elle. Sur la peau, au niveau et immédiatement au-dessous de la tumeur, se voit une cicatrice transversale longue d'environ deux centimètres et demi.

A l'âge de 5 ans, M... fit une chute, la tête porta sur le bord d'un marchepied ; il en résulta, au niveau de la queue du sourcil droit, une plaie transversale qui saigna beaucoup et se cicatrisa sans autre incident.

Il y a six mois, M... fut atteint de fièvre typhoïde ; pendant la convalescence de cette maladie, il s'aperçut, pour la première fois, de l'existence d'une petite tumeur du volume d'une graine de lin, située sous la cicatrice, ainsi que je le constatai moi-même.

Cette tumeur ne tarda pas à augmenter de volume jusqu'à acquérir celui d'une petite olive, qu'elle possède aujourd'hui (jour de la présentation).

Le malade fut opéré peu de jours après sa présentation à la Société de chirurgie. La tumeur était située sous le muscle orbiculaire, adhérente à celui-ci, très faiblement unie à la peau, très fortement au contraire, au périoste. Sa consistance était inégalement dure, fibreuse.

L'examen histologique pratiqué par M. Retterer, chef du laboratoire d'histologie de la Faculté, a montré que la tumeur était exclusivement formée de tissu conjonctif, sans papilles, sans poils, sans matière sébacée. Elle peut être considérée comme étant le résultat d'une prolifération du périoste.

Ce cas est tout à fait analogue, à la cicatrice cutanée près, à celui que j'ai relaté dans le mémoire précité et lequel se rapportait à un malade rencontré par hasard dans le service de M. Perrier. Notre distingué collègue avait diagnostiqué un kyste dermoïde. L'opération faite, la tumeur fut, sur ma demande, examinée par M. le professeur Duval, et fut pareillement trouvée constituée par du tissu conjonctif résultant de la prolifération du périoste.

L'existence de tumeurs de la queue du sourcil présentant tous les caractères cliniques des tumeurs dermoïdes, mais d'origine exclusivement traumatique, est donc prouvée une fois de plus. Tel est le point que je tenais à établir.

Rapport.

Sur une observation de pied bot osseux varus; ablation de l'astragale et du scaphoïde ankylosés. Redressement. Guérison;
par M. le D^r LEBEC.

Rapport par M. Ed. SCHWARTZ.

M. le D^r Lebec vous a présenté, au mois de juin dernier, une jeune fille de 13 ans, à laquelle il avait pratiqué l'ablation de l'astragale et du scaphoïde ankylosés pour remédier à une difformité congénitale du pied, dont voici l'histoire :

Elle porte depuis sa naissance, du côté droit, un pied bot varus équin sur le traitement orthopédique duquel il n'est donné dans l'observation aucun renseignement si ce n'est celui-ci : que la malade est munie depuis des années d'un appareil qui l'aide un peu à marcher, mais ne redresse nullement le pied. Toujours est-il que lorsque M. Lebec la vit, elle se trouvait dans l'état suivant : pied bot varus équin, avec enroulement de la plante du pied ; la malade marche sur le bord externe et un peu sur le dos du pied. Quand on essaye de le redresser, on sent qu'on est arrêté par une résistance osseuse absolue invincible ; le tendon d'Achille se tend fortement ainsi que celui du jambier antérieur ; mais on est arrêté par la résistance du squelette avant celle des tendons. Le péroné est un peu déplacé sur le tibia. L'exploration et la vue montrent une forte saillie de l'astragale en avant et en dehors sur le dos du pied. L'auteur ne nous dit rien du fonctionnement du pied malade, de la marche qu'il serait cependant bien intéressant de connaître. Toutefois, voyant l'inutilité de toutes les manœuvres orthopédiques, il se décide à pratiquer l'ablation de l'astragale.

Celle-ci s'est faite le 20 mars. La malade étant endormie, toutes les précautions antiseptiques étant prises, le tube d'Esmarch étant placé, on incise les téguments suivant une ligne courbe qui va de la pointe de la malléole externe jusqu'aux tendons extenseurs en passant sur la saillie de l'astragale. On traverse la peau, une couche de graisse ; pas de bourse séreuse (cela ne nous étonne nullement, car c'est au niveau du point où le pied frotte contre les chaussures et appuie que se trouvent surtout les séreuses de nouvelle formation). L'astragale est attaquée par sa poulie qui est fortement proéminente en avant. La synoviale de l'articulation tibio-tarsienne est détachée ; on coupe les ligaments péronéo-astragaliens et calcanéens. Ceci fait, l'on se porte en avant pour chercher l'articulation astragalo-scaphoïdienne, et l'on s'aperçoit que le col de l'astragale est fortement tordu en dedans et que la tête est inti-

mement soudée au scaphoïde par fusion osseuse ; l'on désarticule alors ce dernier d'avec les cunéiformes, puis l'on coupe le ligament astragolo-calcaneéen en faisant en même temps luxer le pied en dedans, et les deux os sont extirpés.

Après cette opération, le pied ne peut encore être redressé ; on y ajoute une section sous-cutanée du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire qui permet de le dérouler et de le mettre bien à angle droit sur la jambe.

La bande d'Esmarch étant enlevée, on lave avec de l'eau chloroformée pour arrêter l'hémorragie en nappe et l'on tamponne avec de la gaze iodoformée. La plaie est ensuite suturée dans la plus grande partie de son étendue. Application d'une gouttière plâtrée, maintenant le pied dans une bonne direction, pansement à l'iodoforme.

Le pansement est changé vingt-quatre heures après ; il est fort peu taché. La malade ne souffre pas, pas de fièvre. Deux drains courts sont placés debout.

Nouveau pansement au bout de trois jours, les drains sont encore laissés ; une cavité remplie de caillots se trouvant entre les os de la jambe et ceux du pied.

Le 30 mars, dix jours après l'opération, le pansement est sec, les drains sont retirés, la plaie est réunie.

Le 15 août, l'on change la gouttière plâtrée ; depuis le 2 avril l'opérée se lève tous les jours.

Le 1^{er} mai, l'on fait quelques mouvements de flexion du pied qui ne sont pas douloureux, très peu de mouvements anormaux de latéralité.

Le 6 juin, l'opérée est présentée à la Société de chirurgie ; son pied est redressé ; elle marche d'aplomb sur la plante du pied ; les mouvements de flexion et d'extension existent ; les mouvements de latéralité sont presque nuls et le pied est solide.

L'observation que je viens de résumer devant vous vient s'ajouter aux cas déjà nombreux qui nous ont été présentés pour montrer les bons résultats opératoires et thérapeutiques de la tarsectomie postérieure. La conduite tenue par M. Lebec est en tous points justifiable ; il s'agissait d'une forme invétérée de pied bot varus équin, d'un pied bot où la résistance au redressement tenait très vraisemblablement au squelette d'un pied bot osseux ; je ne pense pas qu'il eût été possible, dans ce cas, d'obtenir un bon résultat des méthodes de douceur, malgré l'âge relativement peu avancé de la malade. La fusion complète du scaphoïde et de l'astragale se fût certainement opposée à toute tentative de ce genre.

Il n'y avait à songer ici qu'au redressement forcé sous le chloroforme, d'après la méthode de Delore, ou à l'intervention san-

glante. Mon avis est que M. Lebec a bien fait de se rallier à la seconde qui offre aujourd'hui une grande sécurité et dont les résultats sont très bons si l'on a soin de ne pas abandonner trop tôt à lui-même le pied opéré.

Je vous propose, pour terminer, de voter des remerciements à M. Lebec pour son intéressante observation, et de la déposer dans nos archives.

Discussion.

M. CHAMPIONNIÈRE. J'ai eu l'occasion de pratiquer plusieurs fois l'extirpation de l'astragale, et je demeure convaincu que c'est une excellente opération, je dirai même la seule applicable aux pieds bots invétérés. L'hémorragie qu'elle détermine est si peu abondante que je n'ai jamais recours à la bande d'Esmarch. Dans les seuls pieds bots paralytiques, le résultat qu'elle donne n'est pas parfait; mais elle est encore la seule qui permette d'obtenir un redressement suffisant pour que la plante du pied appuie largement sur le sol. La privation de l'astragale n'empêche aucunement la marche. J'ai traité ainsi, il y a quelque temps, une fillette de 13 ans, portant un varus équin qu'aucun traitement n'avait pu améliorer. Actuellement, elle peut marcher, sauter, même danser. Je ne vois aucune méthode qui eût pu donner un pareil résultat.

Je ne fais en général qu'un seul pansement, et ne me donne point la peine d'immobiliser le pied d'abord. Je matelasse convenablement le pansement avec la ouate de tourbe et n'applique un appareil solide qu'après guérison de la plaie et lorsque je commence à faire exercer les malades à la marche.

Bien que cette opération si simple mérite de se généraliser, je ne suis point d'avis pourtant que tout autre mode de traitement doive lui céder le pas, et quelle doive détrôner la ténotomie. Cette dernière restera toujours applicable aux cas faciles, tandis que la première sera réservée pour les pieds bots impossibles à réduire.

M. BERGER. L'extirpation de l'astragale est une opération simple en effet, et souvent très bonne. Elle ne suffit cependant pas toujours; après elle, il n'est pas impossible que le redressement du pied reste incomplet, et que ce dernier conserve un enroulement du bord interne déterminant une forte adduction de son extrémité antérieure; c'est ce que j'ai observé dans un certain nombre de cas. Il faut alors combiner la tarsectomie avec l'ablation de l'astragale et, suivant la méthode recommandée par M. Gross, exciser une partie de l'extrémité antérieure du calcanéum.

M. QUÉNU. Je pense comme M. Championnière que l'immobilisation du pied est peu utile dès le début, et difficile à concilier avec les exigences du pansement antiseptique. J'ai vu à la suite d'une extirpation de l'astragale que j'ai pratiquée, il y a trois semaines, l'appareil plâtré déterminer une tension pour laquelle j'ai dû l'enlever. Au bout de quinze jours, j'ai redressé le pied et appliqué un nouvel appareil. A l'avenir, je me contenterai d'abord du pansement simple qui est exempt de ces inconvénients.

M. CHAMPIONNIÈRE. Je répète que je considère comme inutile d'immobiliser le pied dès le début. Je ne renouvelle point le premier pansement avant le treizième jour, et ce n'est que vers la quatrième ou cinquième semaine que j'applique un appareil immobile qui permet au malade de marcher, en évitant une déviation secondaire du pied.

M. SCHWARTZ. Je suis d'avis comme mes collègues que l'extirpation de l'astragale est une opération exempte de dangers et qu'elle donne de bons résultats.

Contrairement à l'avis de M. Championnière, j'immobilise immédiatement le pied par un appareil plâtré que je laisse en place. Je supprime les drains vers le dixième jour.

Quand à l'enroulement du bord interne du pied, que vient de rappeler M. Berger, je l'avais signalé bien avant M. Gross. J'avais même, bien avant notre collègue de Nancy, proposé le traitement qu'il convient de lui appliquer, c'est-à-dire l'excision du col de la grande apophyse du calcanéum et de tout ou partie du cuboïde.

M. LE DENTU. J'ai présenté à la Société de chirurgie, il y a quelques mois, un cas extrême de pied bot invétéré avec renversement complet de la plante du pied qui regardait en haut et en dedans. J'ai dû extirper l'astragale, le scaphoïde, partie du calcanéum et du cuboïde. Le redressement a pu s'effectuer et le résultat a été excellent.

Communication.

Sur le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen, et plus particulièrement des blessures de l'intestin par projectiles de petit calibre (balles de revolver)

PAR M. PAUL BERGER.

Ce qui a paru résulter des discussions récentes qui se sont produites ici et au congrès français de chirurgie sur les plaies de

l'intestin par balles de revolver, c'est qu'il fallait attendre des faits nouveaux pour juger de l'opportunité de l'intervention chirurgicale dans ce genre de blessures.

C'est pour répondre à cet appel que je vous communique l'observation suivante, qui ne diffère malheureusement pas sensiblement de la plupart de celles qui ont été publiées en France jusqu'à ce jour. Le diagnostic, dans le cas présent, était évident et l'intervention chirurgicale n'était pas douteuse : la laparotomie fut décidée et pratiquée aussitôt; vous verrez de quel résultat l'opération a été suivie.

OBSERVATION. — *Plaie pénétrante de l'abdomen par une balle de revolver de 7 millimètres. Perforations multiples de l'intestin grêle et du gros intestin. Péritonite septique immédiate. Laparotomie, entérorraphie et anus contre nature. Mort rapide. Autopsie.*

Le 11 août 1888, en arrivant à l'hôpital Lariboisière, je trouvai à la salle Denonvilliers une femme qui, la veille, dans une rixe, avait reçu accidentellement la balle d'un revolver de 7 millimètres dans le ventre.

La balle avait pénétré de gauche à droite, au dire de la blessée, à la rencontre de la région ombilicale et du flanc droit, où se voyait une plaie contuse des dimensions du petit doigt.

Transportée à l'hôpital, elle avait aussitôt été prise de vomissements qui avaient duré toute la nuit. Au moment où je vis la malade, les vomissements se produisaient d'instant en instant, entremêlés de hoquets : ils étaient vert foncé ; une demi-heure après, au moment où je commençai à opérer, ils étaient d'apparence fécaloïde : le ventre était fort tendu, excessivement douloureux dans toute son étendue. Bien que le pouls fût rapide et fort encore, il y avait une altération déjà très prononcée de la face; l'anxiété, l'agitation étaient extrêmes.

Le danger était pressant, l'indication flagrante; je fis prévenir mon collègue, M. Nélaton, qui voulut bien venir m'assister, et la malade ayant été transportée à la salle d'opérations et chloroformée jusqu'à complète résolution, je pratiquai aussitôt la laparotomie.

Je fis une incision de 20 centimètres sur la ligne blanche, le milieu de cette incision correspondant à l'ombilic : la paroi abdominale était fort surchargée de graisse.

Le péritoine ouvert et incisé, il fallut récliner l'épiploon, qui était à peine blessé, avant de voir s'écouler le liquide qui distendait l'abdomen : celui-ci était accumulé surtout dans les parties déclives et la fosse iliaque droite, mélangé de caillots et de matières intestinales; il était constitué par de la sérosité roussâtre et d'apparence stercoropurulente, principalement dans les parties les plus inférieures; il s'échappa en même temps de l'abdomen une grande quantité de gaz fétides.

La première anse intestinale qui sortit ne parut pas fort altérée, quoique injectée et dépolie à sa surface; mais à mesure que je dérou-

lais l'intestin des parties supérieures vers les inférieures pour le sortir du ventre et l'examiner, il se présentait de plus en plus malade, recouvert d'exsudats couenneux et fétides, très adhérents, saignant par sa surface, absolument dépoli dans toute son étendue.

J'amenai bientôt une anse intestinale, appartenant, à ce qu'il me parut, au dernier tiers de l'intestin grêle, anse qui présentait des lésions considérables; elle était détruite sur une longueur de 5 à 6 centimètres dans les deux tiers au moins de sa circonférence; cette destruction résultait de deux perforations irrégulières mais distinctes siégeant sur sa convexité, et dont l'étendue était telle qu'il était manifeste qu'une suture de leurs bords serait absolument impossible. J'isolai provisoirement cette anse du reste de l'intestin au moyen de deux ligatures faites avec du catgut très large et passées au-dessus et au-dessous de la partie blessée, au travers du mésentère; ces ligatures furent à peine serrées de manière à ne pas blesser les tuniques intestinales; puis l'anse déchirée fut vidée de son contenu, entourée d'une compresse au salol et laissée aux mains d'un aide.

Continuant à dérouler l'intestin, qu'au fur et à mesure de sa sortie on enveloppait de compresses antiseptiques bouillies dans le sublimé, je découvris d'abord une perforation étendue du mésentère conduisant dans une sorte de canal oblique qui aboutissait au-dessous de la valvule iléo-cæcale, près de l'appendice vermiculaire du cæcum, à un autre orifice; à ce niveau l'intestin n'était pas blessé; ces deux perforations furent nettoyées et fermées avec une suture en surjet au catgut.

Reprenant alors la partie supérieure de l'intestin grêle un peu au-dessus de l'anse blessée, je découvris une autre anse portant deux perforations assez larges sur ses deux faces opposées. Ces deux perforations furent suturées l'une avec cinq, l'autre avec six points de suture de Lambert au catgut très fin; les points étant très rapprochés, l'occlusion semblait parfaite, et malgré l'étendue des perforations, le rétrécissement du calibre de l'intestin produit par ces sutures semblait à peine appréciable.

Je remontai jusqu'à la terminaison du duodénum, comme j'étais descendu jusqu'à la valvule iléo-cæcale, sans trouver d'autre perforation.

J'entrepris alors l'examen de l'estomac dont je ne pus voir que la grande courbure et son voisinage: ces parties paraissaient saines; j'inspectai le cæcum qui me parut intact; j'eus beaucoup de peine à découvrir le côlon ascendant où je ne trouvai rien; mais ayant attiré au dehors le côlon transverse, vers sa partie moyenne, je mis à nu deux petites perforations creusées sur ses faces opposées et profondément masquées sous les feuillettes du grand épiploon; après les avoir découvertes et nettoyées, je les réunis par une suture en bourse, puis au-dessus de celle-ci je plaçai plusieurs points de suture de Lambert au catgut; enfin je ramenai et je suturai l'épiploon au devant de cette suture. Je ne pus rien trouver sur le côlon descendant, sur l'S iliaque, ni sur tout ce que je pus découvrir du rectum;

la palpation des parties profondes de l'abdomen et du petit bassin ne me permit non plus de constater aucune autre lésion.

Après avoir abstergé avec des éponges toutes les matières qui se trouvaient dans la cavité abdominale, je crus nécessaire de faire dans cette dernière une grande irrigation de solution boriquée d'abord, puis d'eau filtrée Chamberland; cette irrigation ramena encore beaucoup de fausses membranes, de caillots et de coagulums septiques. Je lavai ensuite l'intestin à la solution boriquée, je l'abstergai avec soin, et je le réintégrai sans trop de difficulté dans le ventre, en laissant seulement au dehors l'anse qui avait été isolée au moyen de ligatures au catgut.

Je procédai alors à la suture de l'abdomen: celle-ci fut des plus laborieuses, car je manquais d'aiguilles tubulées et de fil d'argent suffisant, et elle était rendue plus difficile encore par la tension et par l'épaisseur de la paroi.

Je fixai l'anse perforée un peu au-dessous de l'ombilic par une suture réunissant son mésentère au péritoine pariétal d'une part; de l'autre, par une suture très complète de la circonférence de la perforation que j'ébarbai préalablement avec la peau, de manière à constituer un anus contre nature complet. Les ligatures au catgut qui étreignaient cette anse avaient été, bien entendu, supprimées, et je m'assurai que les deux bouts étaient perméables, mais je n'y introduisis aucune canule.

L'opération avait duré trois heures; j'appliquai un pansement au salol. La malade fut rapportée à son lit dans un état de collapsus complet; elle mourut le soir même à six heures.

L'autopsie fut pratiquée le 14 août à huit heures et demie du matin. Quoique le cadavre fût déjà dans un état de décomposition avancée, on put reconnaître qu'il n'existait pas d'autres perforations ni d'autres lésions viscérales que celles qui avaient été découvertes. La balle avait traversé d'abord de part en part le côlon transverse dans sa moitié droite, puis l'intestin grêle vers son tiers moyen en y faisant les deux perforations qui avaient été suturées, puis une anse distante de 70 centimètres environ de la valvule iléo-cæcale, anse qu'elle avait presque entièrement détruite (c'était celle que nous avions fixée à la paroi abdominale), puis elle s'était frayée un assez long trajet dans le mésentère sans y léser de gros vaisseaux; enfin elle s'était enfoncée dans le muscle psoas droit près de l'arcade de Fallope, où nous pûmes sans difficulté la retrouver: elle n'était pas déformée. — Les lésions concomitantes étaient celles de la péritonite septique, mais pas beaucoup plus prononcées que celles que nous avons trouvées pendant l'opération.

L'injection forcée d'eau dans l'intestin grêle et dans le gros intestin confirma qu'il n'y avait pas d'autres perforations que celles qui avaient été reconnues et suturées pendant l'opération, et que l'obturation de ces perforations par la suture était parfaitement étanche et ne produisait aucune diminution de calibre du tube digestif.

Le fait que je viens de vous communiquer est encore moins

encourageant que ceux qui sont contenus dans vos bulletins et dans les comptes rendus du dernier congrès de chirurgie, faits qui, sauf un seul, communiqué par M. le D^r Vaslin, d'Angers, se sont tous terminés par la mort.

L'opération, ici, avait été pratiquée dans le plus bref délai, moins de douze heures après l'accident : toutes les précautions avaient été prises pour sa bonne exécution, et je ne vois guère comme imperfection à relever dans son manuel que ce qui concerne les sutures, pour lesquelles notre matériel n'était pas suffisant, et qui nécessiterent, pour cette raison, un temps plus long qu'il n'eût été désirable.

L'autopsie, d'autre part, nous fit reconnaître que le but de l'opération avait été atteint : toutes les perforations produites par la balle avaient été reconnues et fermées par la suture : l'anse intestinale, qui était trop gravement atteinte pour que son extrémité pût être rétablie par la suture, avait été fixée à la paroi abdominale, et un anus contre nature avait été établi à ce niveau.

Je m'étais demandé, au cours même de l'opération, s'il ne vaudrait pas mieux réséquer l'anse intestinale en question et faire suivre cette entérectomie d'une entérorraphie complète ou incomplète ; j'y renonçai, pour ne pas allonger l'opération, que je cherchais à terminer le plus rapidement possible et j'eusse certainement regretté plus tard d'en avoir agi autrement. La mort, chez notre malade, fut certainement déterminée par le shock opératoire venant ajouter ses effets à ceux de la blessure ; elle était déjà dans un état très grave quand je la vis pour la première fois.

On ne saurait trop répéter qu'il faut que ces opérations, pour réussir, soient à la fois très complètes et très rapidement exécutées ; cette dernière condition n'est pas moins indispensable que la nécessité d'agir sans aucun délai. Le collapsus déterminé par l'exposition de l'intestin à l'extérieur et les longues recherches qu'il faut exercer sur toute sa surface, quelque soin que l'on prenne à le protéger pendant ce temps, en l'enveloppant dans des compresses antiseptiques chaudes, est le plus grand des dangers auxquels soit exposé l'opéré, et ce danger relève bien de l'opération elle-même.

Je sais très bien que la blessée sur laquelle je pratiquai la laparotomie dans ces fâcheuses conditions était fatalement vouée à la mort si on n'était pas intervenu. Je n'ai aucun regret d'avoir pratiqué une opération à laquelle je m'adresserai sans aucune hésitation toutes les fois que l'indication s'en présentera dans des circonstances analogues ; mais je ne puis m'empêcher, pour répondre aux appréciations malheureusement trop optimistes de quelques-uns de nos collègues, de constater et de dire bien haut que, dans le cas présent, l'opération faite dans les délais les plus courts, avec toutes

les précautions désirables, quoiqu'elle ait permis de reconnaître et de fermer toutes les plaies de l'intestin, non seulement n'a pas empêché la mort, mais qu'elle en a précipité le moment.

Cette inefficacité de la laparotomie, même lorsqu'elle est pratiquée dans les meilleures conditions en apparence, contraste avec la simplicité d'évolution que présentent certaines blessures de même ordre que celles qui nous occupent. Je puis vous en citer un tout récent exemple :

OBSERVATION. — *Blessure de l'estomac par une balle de revolver de 7 millimètres. Péritonite circonscrite, avec accidents graves au début. Expectation. Guérison rapide.*

Il y a quinze jours aujourd'hui, le 15 janvier 1889, on recevait dans mon service une jeune femme de 27 ans, qui le matin même, à dix heures et demie, s'était tiré un coup de revolver à la région épigastrique. L'arme était tenue de la main gauche; le coup avait pénétré à peu près au niveau de l'extrémité antérieure du cartilage de la neuvième côte gauche, à trois centimètres en dedans de ce cartilage, à quatre bons travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Une heure environ après l'accident, la blessée avait vomi un demi-verre de liquide *noir comme du charbon*, disait-elle, qui ne pouvait être que du sang altéré, car elle n'avait pas mangé depuis la veille à midi. Un médecin appelé fouilla dans la plaie avec un stylet, administra une potion blanchâtre, et fit transporter la malade à l'hôpital. A ce moment, elle se plaignait d'une vive douleur dans les régions supérieures du ventre et principalement dans l'hypochondre droit, d'une gêne notable de la respiration, et elle se trouvait dans un état de dépression très marqué. Tout le traitement ce jour-là consista dans l'application de glace sur l'abdomen et dans l'administration d'extrait thébaïque en pilules et de morphine en injections. Le soir, la température était à 38° et le pouls à 90.

Le lendemain 16, à la visite du matin, je trouvai la blessée un peu déprimée, mais assez calme; elle n'avait pas vomi depuis la veille, bien qu'elle eût à plusieurs reprises des régurgitations muqueuses; elle se plaignait beaucoup du ventre, de gêne respiratoire, et elle accusait une soif très vive. La température était à 39° et le pouls à 100.

Je constatai une sensibilité excessive de la région sus-ombilicale tout entière, sensibilité qui s'exagérait au niveau de l'hypochondre droit où les attouchements les plus légers ne pouvaient être supportés. Toute la portion sous-ombilicale de l'abdomen était au contraire indolente et souple; la palpation n'était pas douloureuse et le ventre n'était pas ballonné; la malade avait bien rendu ses urines.

Je conclus de cet examen que la balle, après avoir lésé l'estomac, était probablement allée se loger dans le foie en donnant lieu sur son passage à une péritonite circonscrite qui ne s'était point généralisée. Je pratiquai l'occlusion de l'orifice d'entrée avec du salol et de l'ouate

collodionnée et je fis continuer le traitement commencé. Opium et morphine, glace sur l'hypochondre droit, abstention complète d'aliments et de boissons, sauf d'un peu d'eau-de-vie étendue, donnée par cuillérées à café d'heure en heure.

Le soir, la gêne respiratoire s'était accentuée, la température était à 39°,8, le pouls à 104.

L'état resta grave encore toute la journée du lendemain (17 janvier); la douleur gastrique était intense et s'accompagnait de nausées et de quelques vomiturations; la soif était vive, la gêne respiratoire marquée, bien que l'examen de la poitrine ne fit rien découvrir d'anormal. La température restait à 39°. Mais le ventre était toujours souple et indolore vers les régions inférieures. Une légère amélioration se manifesta le 18, bien que la température fût toujours élevée (39°); celle-ci baissa le 19, en même temps que la douleur se localisait à l'hypochondre et que les autres phénomènes inquiétants s'amendaient. Elle resta néanmoins à 38° jusqu'au huitième jour. A ce moment, l'état local et l'état général me semblaient si satisfaisants que je crus pouvoir permettre un œuf; mais cet essai d'alimentation fut suivi de vomissements.

Malgré quelques alternatives, l'amélioration se prononça de plus en plus, et aujourd'hui la blessée peut être considérée comme absolument hors de danger; mais la sensibilité de l'hypochondre, particulièrement du foie, persiste de nouveau et m'engage à la tenir encore à un régime sévère.

Je sais qu'on ne peut établir une parité complète entre la blessure que s'était faite cette malade et celle qui avait nécessité la laparotomie dans la première observation. Les plaies par coup de feu de la région sus-ombilicale de l'abdomen présentent une gravité bien moindre que celles du bas-ventre: celles de l'estomac notamment jouissent d'une immunité toute particulière, et l'on sait que c'est dans cette catégorie qu'ont été observés les plus nombreux cas de guérison sans intervention. Ici, d'ailleurs, la circonscription des phénomènes douloureux, l'absence d'extension des accidents péritonitiques au reste de l'abdomen, non moins que la probabilité d'une lésion du foie, où le projectile est vraisemblablement allé se perdre, contre-indiquaient formellement toute tentative opératoire.

Il ne faudrait donc point conclure de ce fait que l'abstention, en cas de blessure du conduit alimentaire dans le ventre, doive être la règle; mais n'est-il pas douloureux de constater l'impuissance de la laparotomie dans les cas où l'on ne peut espérer la guérison que d'elle seule, et de reconnaître que le plus souvent, loin de sauver le blessé, elle a précipité sa perte?

Sans renoncer à pratiquer l'ouverture du ventre, la recherche et la suture des plaies intestinales produites par les projectiles, il faut

donc reconnaître que si l'intervention est logique, l'indication bien posée en pricipie n'a guère donné dans la pratique que de déplorables résultats; or, ce n'est point sur des raisonnements, mais sur des succès, que se fonde l'avenir d'une opération; et dans l'état actuel des choses, pour considérer la laparotomie dans les plaies par coup de feu de l'intestin comme une des conquêtes de la chirurgie moderne, il faudrait avoir une dose peu commune d'illusions ou d'optimisme chirurgical.

Communication.

Sur trois cas de plaies pénétrantes de l'intestin

PAR M. CH. NÉLATON.

Dans le courant de l'année dernière, j'ai eu l'occasion d'observer trois cas de plaies pénétrantes de l'intestin. Dans un premier cas, j'ai pratiqué la laparotomie avec suture de l'intestin. Il s'agissait d'une blessure par coup de couteau, le malade guérit rapidement. Les deux autres observations ont trait à des perforations par balles de revolver et l'intervention a été suivie de mort.

I. — Coup de couteau traversant la paroi abdominale antérieure. Plaie de l'intestin. Suture de l'intestin. Guérison.

Le 7 août 1888, je fus appelé, à 9 heures du soir, à l'hôpital Lariboisière auprès d'un homme âgé de 37 ans, qui venait de recevoir un coup de couteau dans le ventre, et qui était couché, dans le service de M. Berger, salle Chassaignac, lit n° 18. Le blessé avait été frappé trois heures auparavant avec une lame de onze centimètres de long sur deux de large, épaisse de deux millimètres. Il prétendait que toute la longueur de la lame avait été enfoncée dans son ventre, et que la blessure avait été suivie de l'écoulement de quelques gouttes de sang.

En arrivant, je trouvai un homme présentant un parfait aspect, ne se plaignant d'aucune douleur, n'ayant aucune élévation de température, aucune accélération du pouls, mais très agité et très inquiet des conséquences de sa blessure. Après avoir débarrassé l'abdomen du pansement antiseptique placé sur la plaie dès l'entrée à l'hôpital (une heure environ après la production de la blessure), je constatai l'existence d'une plaie large de trois travers de doigt située entre l'ombilic et l'arcade crurale gauche, sur le trajet d'une



ligne unissant l'ombilic à la partie moyenne de cette arcade. Au fond de la plaie, on apercevait des portions de muscles mâchés dilacérés, et en écartant légèrement les lèvres de la boutonnière formée par ceux-ci, on pouvait entrevoir une anse intestinale herniée du volume d'une noix. Il n'y avait aucun écoulement de liquide ou de matière stercorale, et il s'agissait de savoir si nous nous trouvions en présence d'une plaie intéressant purement et simplement la paroi ou si l'intestin avait été blessé.

En introduisant doucement mon doigt rendu aseptique dans la cavité abdominale, j'eus la sensation que quelques bulles de gaz glissaient et s'échappaient le long de lui, et je pensai immédiatement qu'une perforation intestinale existait. En conséquence, je résolus, avant de réduire l'intestin hernié, d'agrandir la plaie, de regarder l'intestin pour le suturer si besoin était. Cette décision fut prise de concert avec mon aini M. Jalaguier qui m'avait accompagné.

Le malade ayant donc été anesthésié (très difficilement du reste, car nous avions affaire à un homme robuste, gros et peut-être assez habitué aux libations alcooliques), j'agrandis la plaie en haut et en bas de façon à créer une ouverture oblique de huit centimètres d'étendue environ. Par cette ouverture, j'attirai l'anse intestinale et je découvris, à deux centimètres environ du contour de la portion serrée par la paroi abdominale, une fente siégeant sur l'intestin grêle recouverte par un caillot sanguin qui laissa s'écouler un liquide clair, transparent, muqueux. Cette fente menait dans l'intestin, elle avait un centimètre d'étendue. Aucun bouchon muqueux ne l'oblitérait, il n'y avait pas renversement de ses bords.

J'appliquai sur elle quatre points de suture de soie phéniquée fine, puis je cherchai à m'assurer si aucune autre portion de l'intestin n'avait été lésée; mais à ce moment le malade, dont l'anesthésie difficile était incomplète, fit un effort et expulsa par la plaie 60 centimètres environ d'intestin grêle. Cette portion de l'intestin qui entourait la partie blessée était absolument saine, de coloration normale *et vide*; je la rentrai, je regardai dans l'excavation pelvienne si je voyais quelque liquide épanché, tout me parut normal. Et le malade continuant ses efforts d'expulsion, je craignis de ne plus être maître de rentrer, comme je le voudrais, les anses intestinales expulsées, je refermai l'ouverture abdominale avec des fils d'argent.

Les suites de cette opération furent des plus simples. La température était le lendemain à 38°,2, mais dès le surlendemain elle ne dépassait pas 37°,5, le malade n'éprouvait aucun malaise, ne demandant que des aliments qui lui furent refusés pendant huit

jours, quelques cuillerées de lait glacé lui étant seules permises pour calmer son impatience. Dès le surlendemain, le malade rendit des gaz par l'anus ; le quatrième jour, après un lavement, il eut une selle abondante : les fils furent retirés le neuvième jour et sans aucun incident ; le malade se rétablit et sortit guéri le vingt-cinquième jour après son accident.

Cette observation ne permet aucune conclusion importante. Je n'ai fait qu'un débridement de la paroi, me permettant de découvrir et de suturer une plaie intestinale, mais sans exploration de la totalité de l'intestin, sans manœuvres exposant à la péritonite. Cette intervention n'est donc en aucune façon comparable à celle qui est actuellement en discussion. Les observations suivantes, bien que malheureuses, me paraissent avoir un intérêt plus grand.

II. — La seconde observation a trait à une femme de 42 ans, Madeleine Bonnet, blanchisseuse, qui entra le 12 août, à 8 heures du soir, dans le service de M. Berger, salle Denonvilliers, lit 3.

Cette femme s'était tiré à 2 heures de l'après-midi un coup de revolver, calibre sept, dans le côté gauche du ventre ; la balle avait pénétré à quatre travers de doigt au-dessous et à gauche de l'ombilic.

M. Michaux, qui fut appelé auprès d'elle vers 11 heures du soir, la trouva calme, ne se plaignant d'aucune douleur abdominale, il n'y avait ni météorisme ni fièvre, T. 37°, P. 80. Il fit un pansement occlusif de la plaie avec le collodion, établit sur le ventre une compression légère, prescrivit 15 centigrammes d'extrait thébaïque à prendre dans la nuit et défendit toute espèce d'alimentation. Le lendemain matin, à 8 h. 30 m., nous examinâmes la blessée avec MM. Berger et Michaux.

Bien que la température ne dépassât pas 37°,4, le pouls était petit et vif, et le ventre légèrement douloureux à la pression dans toute sa moitié gauche. Un très léger météorisme commençait à se développer et la malade avait eu quelques nausées sans vomissement.

Nous tombâmes d'accord pour admettre le début de la péritonite et penser l'intervention immédiate nécessaire. M. Berger étant obligé de s'absenter ce matin-là voulut bien me confier la blessée, et je fis avec le concours de M. Michaux l'opération suivante :

A 9 heures du matin, dix-neuf heures après l'accident, la malade étant parfaitement anesthésiée, je fis une incision de 10 centimètres environ suivant la ligne blanche, le centre de l'incision

correspondant à l'ombilic. L'incision pariétale ne fut pas terminée, qu'à la partie supérieure se présenta une portion de l'estomac distendue cherchant à faire hernie. Une large éponge plate appliquée sur ce point permit de rentrer et de maintenir cette partie de l'estomac, puis nous découvrîmes l'épiploon collé à la paroi et à la masse intestinale par des plaques de pseudo-membranes épaisses et de colorations blanc jaunâtre. En dissociant par tractions avec les doigts ces adhérences, nous découvrîmes bientôt deux perforations portant sur l'intestin grêle ; ces deux perforations produites par le projectile sur un même côté du cylindre intestinal étaient à proprement parler deux éraflures, et l'orifice établissant la communication de l'extérieur avec la cavité intestinale était extrêmement petit ; trois points de suture de Lambert à la soie phéniquée fine pour l'une de ces éraflures, quatre pour l'autre en assurèrent l'occlusion.

Alors j'attirai à l'extérieur en l'enveloppant dans des compresses phéniquées chaudes la totalité de la masse de l'intestin grêle qui était distendue, rouge, vascularisée, recouverte par places de ces pseudo-membranes d'un blanc jaunâtre et baignée de sérosité purulente. En attirant ces parties au dehors, je découvris dans la fosse lombaire gauche une perforation beaucoup plus étendue que les précédentes, large à laisser passer facilement mon index, à bords renversés présentant à l'extérieur la muqueuse intestinale ; j'appliquai sur cette perforation sept points de suture de Lambert avec la soie phéniquée fine.

En poursuivant mes recherches, je ne trouvai plus que la balle au milieu du mésentère, entourée d'une couche de pus. Je l'enlevai et lavai avec l'acide phénique fort la poche qui la renfermait. Pensant dès lors que les dégâts étaient réparés, je m'occupai de laver la cavité péritonéale et fis passer, à l'aide d'une canule en verre placée successivement au fond de l'excavation pelvienne, puis dans la partie la plus déclive de chacune des fosses lombaires, environ 6 à 7 litres de solution boriquée tiède à 2 0/0. Après ce lavage, le liquide fut abstergé avec des éponges, l'intestin rentré et la paroi abdominale suturée avec dix fils d'argent. Deux gros drains en caoutchouc, du volume de mon index, furent laissés dans l'excavation pelvienne. Un pansement antiseptique légèrement compressif fut appliqué sur la paroi abdominale. L'opération avait duré une heure vingt minutes.

Le soir même de l'opération, la malade se plaint de vives douleurs dans le ventre, cependant la température est modérée, 38°, et il n'y a eu qu'un seul vomissement qui paraît imputable au chloroforme.

Le lendemain matin, 14, la température n'est que de 38°,4. Il y

a eu deux vomissements pendant la nuit, mais la malade est anxieuse et se plaint toujours vivement de l'abdomen.

Dans la journée, elle demeure très abattue, vomit encore deux fois. Elle urine spontanément, mais ne rend ni gaz ni matières par l'anus. Le soir, la température monte à 39°,2.

Le matin du 15, bien que la température ne soit que de 38°,6, l'abattement est encore plus prononcé. Il y a eu du délire pendant la nuit, la malade a défait son pansement ; les extrémités sont froides et il y a une légère cyanose de la face. M. Berger refait le pansement, enlève les drains et constate qu'il n'y a pas écoulement de liquide purulent, les pièces de pansement sont seulement imprégnées de sérosité sanguinolente.

La journée du 15 est de plus en plus mauvaise : la malade est abattue, anéantie. La température monte à 40°,6 et elle meurt dans le coma à 9 heures du soir.

A l'autopsie. — Voici ce que nous constatons :

Une large incision en croix ouvrant la cavité abdominale nous permet de voir la masse de l'intestin grêle, vascularisée, formant un gros peloton dont les anses sont agglutinées par un exsudat plastique. Mais en aucun point on ne retrouve ces pseudo-membranes de coloration blanc jaunâtre qui recouvraient la plupart des anses situées à gauche de la ligne médiane lors de l'opération. En aucun point aussi nous ne retrouvons de liquide entre les anses ; les plaies de l'intestin suturées sont réunies et leur trace difficile à retrouver. Au niveau de la loge qui contenait la balle, nous trouvons un abcès enkysté contenant gros comme une cerise de pus. Ce pus est de tous côtés circonscrit par des adhérences. Nous constatons en outre qu'aucune autre perforation ne nous avait échappé pendant l'opération ; que la malade était atteinte d'une dilatation énorme de l'estomac. Enfin nous avons trouvé du pus dans les deux bassinets, bien que sur des coupes le parenchyme rénal nous ait paru normal, que la vessie et les uretères ne présentassent autre chose que les traces d'une vascularisation un peu exagérée.

L'absence de pus, l'absence de pseudo-membranes dans la cavité péritonéale me portait à penser que mon intervention avait en quelque sorte enrayé la péritonite dans sa marche ; et, dans la présence de cette péritonite plastique que je constatais à l'autopsie, j'étais disposé à voir un état susceptible de guérison. De telle sorte qu'à la suite de cette autopsie j'attribuais un grand rôle au mauvais état général de la malade comme cause déterminante de la mort. L'énorme dilatation stomacale, la présence de pus dans les bassinets me paraissaient être des lésions antérieures

qui avaient pu avoir une grosse influence sur la terminaison funeste de la maladie. Mais, le soir même de cette autopsie, autour de quelques écorchures légères que je portais à la main gauche, je sentis se développer une sensation de cuisson très vive et, malgré un pansement alcoolique appliqué aussitôt autour de ces points d'inoculation, je vis se développer une tourniole autour de mon pouce et deux pustules purulentes sur le dos de ma main, qui ne me laissèrent aucun doute sur la nature septique de la péritonite à laquelle ma malade avait succombé. Le hasard m'avait fait réaliser une inoculation expérimentale.

III. — Ma troisième observation a trait à un garçon de 27 ans entré le 4 décembre à Lariboisière dans le service de M. Peyrot.

Le blessé s'était tiré un coup de revolver calibre huit à 2 h. 30 m. de l'après-midi. La balle avait pénétré dans la région épigastrique, à deux travers de doigt du rebord des fausses côtes gauches, à quatre travers de doigt de l'appendice xyphoïde.

J'arrivai auprès de ce blessé à 6 h. 30 m. ; il n'accusait aucune souffrance, répondait aux questions que je lui faisais avec une parfaite aisance, se déplaçait et se remuait facilement dans son lit. Sa respiration était toutefois brève et fréquente, mais l'examen local ne faisait rien reconnaître d'anormal. Autour de la plaie, une zone ecchymotique large comme une pièce de cent sous existait. Il n'y avait pas de ballonnement du ventre resté souple et non douloureux à la pression, sauf au niveau de la plaie où le malade accusait une légère sensibilité. La grande préoccupation du malade était d'obtenir qu'on le laissât boire.

A 7 h. 15 m., quatre heures par conséquent après la blessure, je fis la laparotomie. Le malade étant endormi, je fis une incision de 15 centimètres à partir de l'appendice xyphoïde jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Dès l'incision faite, du sang et des gaz font irruption par la plaie. J'attire au dehors et je reçois dans des serviettes phéniquées chaudes la totalité de l'intestin grêle ; il est le siège d'une péritonite commençante manifeste, les anses sont distendues, rouges, vascularisées, ayant perdu sur certains points l'aspect poli de leur surface. Bientôt les perforations se présentent à moi. Je découvre d'abord, au milieu de caillots, deux perforations voisines l'une de l'autre, très petites, à contour noir, dont l'orifice ne donne issue à aucune matière ; elles sont fermées l'une par cinq, l'autre par quatre points de suture de Lambert faits avec la soie phéniquée fine. Puis une autre anse intestinale m'apparaît portant deux plus larges déchirures dont les bords sont renversés ; par elles s'écoulent des ma-

tières et des gaz ; sept points de suture sont placés sur l'une de ces perforations, six sur l'autre.

Je suture de même un peu plus loin deux nouvelles perforations portant toutes deux sur le bord mésentérique de l'intestin avec dix sutures pour l'une et huit pour l'autre. Enfin une septième et dernière perforation est encore trouvée profondément et suturée sur le côlon descendant.

Ces diverses sutures étant terminées j'absterges le sang épanché en grande abondance dans la fosse lombaire gauche et dans l'excavation pelvienne et je fais un lavage complet de la cavité abdominale avec l'acide borique tiède. L'intestin est alors rentré dans la cavité abdominale et la paroi suturée. Pansement antiseptique. L'opération avait duré deux heures un quart. Le malade était froid, son pouls très faible ; je lui fis faire une injection d'éther et le fis entourer de boules d'eau chaude.

Il se réchauffa peu à peu, s'endormit et le lendemain matin, causant avec ses voisins, il se déclarait bien, lorsque, quelques heures après, il éprouva une douleur vive dans le ventre et s'écria : « Qu'est-ce qui se passe, je suis perdu. » Quelques instants après, à 9 heures du matin, il était mort.

Autopsie. — Il n'y a pas, ou très peu de liquide dans la cavité abdominale : toute la surface du péritoine pariétal et intestinal est vascularisée, poisseuse, mais il n'y a pas d'exsudat pseudo-membraneux à sa surface. L'une de mes sutures n'a pas été bien faite ; c'est une de celles qui siègent au niveau du bord mésentérique de l'intestin ; elle livre passage aux matières fécales. La balle est retrouvée dans la masse musculaire de la région lombaire gauche ; elle avait troué le côlon descendant et son orifice de sortie n'avait pas été suturé, mais cet orifice n'était point péritonéal. Du reste le côlon étant vide, la perforation n'avait pas livré passage à des matières stercorales, ses lèvres étaient déjà agglutinées, et je ne pense pas que cette perforation eût été cause d'accidents ultérieurs.

Je rapporte ces deux dernières observations pour montrer *le début insidieux* de la péritonite. Entre la pratique de l'abstention constante et voulue et celle de l'intervention immédiate est la méthode de l'expectation armée dont M. Reclus s'est fait le défenseur ; il nous recommande l'abstention à condition d'agir immédiatement. « Si les signes avant-coureurs de la péritonite apparaissent, quelque aléatoire et redoutable que soit la laparotomie, il faut alors la pratiquer délibérément. »

Or, cette opinion *mixte*, fort logique théoriquement, est, je crois,

dangereuse. Si on attend les signes avant-coureurs de la péritonite, ce n'est souvent pas le début de l'inflammation péritonéale que la laparotomie découvre, mais les lésions les plus avancées. Les observations précédentes en sont une preuve : la femme que j'ai opérée dans le service de M. Berger avait été vue par M. Michaux neuf heures après sa blessure. Elle était calme, sa température était de 37° , son pouls à 80 ; le ventre n'était point douloureux, il n'y avait aucun symptôme inquiétant. M. Michaux suit la règle préconisée par M. Reclus, met la malade au traitement opiacé et proscriit toute ingestion alimentaire. Le lendemain matin, à 8 h. 30 m., nous trouvons la température à $37^{\circ},4$, le pouls petit et vif, il y a un léger tympanisme, un peu de douleur à la pression abdominale ; quelques nausées se sont produites. Ce sont bien là les symptômes avant-coureurs de la péritonite. Nous opérons et nous nous trouvons en pleine péritonite suppurée.

La troisième observation est encore plus instructive peut-être. J'opère, quatre heures et demie après la blessure, un homme qui ne présente aucun symptôme, même avant-coureur d'inflammation péritonéale, puisque le ventre est souple, non douloureux (sauf au niveau de la blessure), qu'il n'y a pas eu de nausées, que la température est de $37^{\circ},4$ et le pouls à 112. Et cependant je trouve des anses intestinales distendues, vascularisées, rouges, tout à fait semblables à ces anses intestinales qui n'ont pu être efficacement maintenues ou enveloppées dans les laparotomies longues et laborieuses.

Pour moi, il n'y a point de doute, j'intervenais là au début de la péritonite ; or, les signes avant-coureurs n'existaient point. Si, temporisant, j'avais attendu au lendemain j'aurais opéré en péritonite suppurée. De telle sorte que, suivre la pratique conseillée par M. Reclus me paraît équivaloir à attendre des signes qui indiquent *dans bien des cas*, non pas le début de l'inflammation, mais la péritonite confirmée, suppurée.

Je sais bien qu'il n'en est pas toujours ainsi et que les premiers symptômes de la péritonite peuvent témoigner d'une inflammation localisée sans tendance extensive. Mais alors encore les signes avant-coureurs restent de mauvais guides de l'intervention, puisqu'ils conduisent à faire la laparotomie pour des cas où l'intervention n'est pas nécessaire. Une observation de M. Tillaux, celle que M. Berger vient de vous rapporter, vous montrent le succès de l'abstention continuée *malgré* l'apparition des signes avant-coureurs de péritonite. C'est donc à mon sens une mauvaise pratique que de prendre pour *guides de l'intervention* ces symptômes infidèles qui peuvent tour à tour commander une opération alors

qu'il n'en est pas besoin (Tillaux, Berger), ou faire intervenir trop tard alors que la péritonite est déjà généralisée.

Communication.

Kyste dermoïde de la joue droite développé au niveau de la fente intermaxillaire

Par M. LANNELONGUE.

M. J..., employé dans une grande administration, 48 ans, portait depuis très longtemps une petite tumeur à la joue droite. Il n'en peut préciser le début, et ne paraît avoir remarqué la petite grosseur, il y a douze ou quinze ans, que parce qu'il portait à ce point même une « *tache de naissance* ».

C'est surtout depuis deux ans que la tumeur s'est accrue; cet accroissement s'est accompagné de ce fait particulier que la tumeur est devenue accuminée, formant un petit bouton comme un pois, au niveau duquel l'épiderme se détachait de temps en temps.

M. J... vient me consulter dans les premiers jours de décembre 1886. La tumeur ne déforme pas beaucoup la région. Elle siège à la joue droite, au-dessous et en arrière de la tubérosité malaire, légèrement en avant de la ligne qui réunirait le tragus à la commissure, un peu plus près du tragus que de la commissure.

A la palpation, on reconnaît sous le bouton ulcéré une tumeur sur laquelle la peau est mobile, tumeur molle, fluctuante, ayant à peu près le volume et la forme d'une grosse châtaigne. Profondément, cette tumeur est assez fortement adhérente, particulièrement en haut, du côté malaire. Le diagnostic de kyste dermoïde fut posé d'après ces caractères.

L'extirpation fut faite le 8 décembre: une incision de deux centimètres et demi, parallèle au canal de Sténon, mit à nu la tumeur; elle fut isolée facilement à sa surface, mais dans la profondeur une dissection minutieuse fut nécessaire pour sectionner les adhérences fibreuses très solides qui existaient en ce point.

Extérieurement la tumeur enlevée et incisée présente l'aspect des kystes sébacés simples. Toutefois son enveloppe gris blanchâtre est épaisse.

Le contenu sébacé, gras, liquide, renferme des poils. Tous les caractères précédents: tumeur des parties molles avec adhérences profondes, présence de poils, indiquent nettement qu'il s'agit d'un kyste dermoïde, bien que l'examen de la paroi n'ait pas été fait.

Présentation de malade.

M. RECLUS. Je présente à la Société un malade âgé de 31 ans, qui était tombé d'un troisième étage, en passant au travers d'un châssis vitré. Il fut apporté à l'hôpital dans le coma, présentant derrière l'oreille une plaie qui fut nettoyée et traitée par l'occlusion. Le coma dura quatre jours, et fut remplacé par une période de délire et d'agitation qui dura également quatre jours. Le huitième jour survinrent des accidents épileptiformes.

Le douzième jour, je fis une incision en volet au siège de la plaie qui avait été fermée. Je trouvai une fracture composée de quatre fragments mobiles, que je dus extraire et qui laissèrent à nu une surface de vingt-quatre centimètres carrés environ. Il existait de plus un épanchement sanguin considérable.

Le sinus latéral avait été ouvert, mais était resté fermé par la pression de l'un des fragments. Aussi se produisit-il une hémorrhagie abondante que je réprimai, séance tenante, par la compression exercée directement au moyen de tampons de gaze iodoformée. La surface dénudée fut soigneusement nettoyée et les lambeaux suturés, en ménageant un orifice au travers duquel sortait l'extrémité du tampon.

Le lendemain de cette opération, le malade eut encore une attaque épileptiforme. Le quatorzième jour, il avait complètement repris possession de lui-même. Le seizième jour le tampon fut enlevé; les fils le furent le dix-huitième.

Le malade n'a présenté aucun phénomène de localisation; tout au plus la contracture était-elle un peu plus marquée à gauche qu'à droite.

J'ai attendu pour agir l'apparition des accidents secondaires, et n'ai eu qu'à m'en féliciter.

M. CHAPU présente un malade auquel il a pratiqué une amputation partielle du pied. (M. Chauvel, rapporteur.)

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le vice-secrétaire annuel,

A.-H. MARCHAND.

Séance du 5 février 1889.

Présidence de M. LE DENTU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

- 1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;
 - 2° Le 12° fascicule et dernier de nos *Bulletins et Mémoires* pour l'année 1889;
 - 3° *Revista de Cursos practicos et theoricos de la Facultad de médecine de Rio-de-Janeiro* (collection complète);
 - 4° *Traité des maladies du testicule et de ses annexes*, par MM. MONOD et TERRILLON;
 - 5° *Contributions to the anatomy and pathology of the thymus gland*, par M. JACOBI (de New-York);
 - 6° *Note sur un cas de fragmentation spontanée de calculs vésicaux*, par le D^r VIDAL (de Grasse) (Commissaire, M. Segond);
 - 7° *Kyste hydatique de la rate, guéri par ponction capillaire*, par le D^r LEPRÉVOST (du Havre) (Commissaire, M. Segond);
 - 8° *Plaie du creux poplité ayant intéressé tout le paquet vasculo-nerveux, etc.*, par le D^r A. BERTHOMIER (de Moulins) (Commissaire, M. Segond).
-

Communication.

*Deux observations de plaies pénétrantes de l'abdomen
avec lésions des viscères (Résumé)*

Par M. le D^r BAUDON (de Nice), membre correspondant.

Faut-il s'abstenir? Faut-il opérer immédiatement? Faut-il attendre la péritonite? Les avis sont partagés à la Société de chirurgie, comme au dehors. L'observation seule peut éclairer le

différend. A l'appui de la non-intervention sont les deux faits suivants :

1° Coup de revolver dans le creux épigastrique, vomissements de sang, face grippée et très pâle, etc. Opium en lavements, glace, immobilité ; guérison rapide ;

2° Coup de revolver dans l'hypocondre gauche à bout portant, balle perdue ; mêmes symptômes généraux, selles sanglantes. Traitement par la morphine, l'immobilisation, la glace ; guérison sans péritonite.

Ce souvenir restera présent à mon esprit et m'empêchera certainement d'intervenir immédiatement.

Discussion.

M. CHAUVEL. Je ne crois pas que le moment soit encore arrivé de reprendre cette discussion déjà plusieurs fois soulevée. Les faits de laparotomie pour coups de feu de l'intestin, publiés depuis l'an dernier, surtout dans les journaux américains, sont de plus en plus favorables à l'intervention immédiate. Si nous n'obtenons pas en France d'aussi bons résultats, si toutes les opérations n'ont pas donné un seul succès, cela tient sans doute : 1° à ce que nous opérons trop tardivement ; 2° à ce que nous n'avons pas acquis dans la pratique de ces laparotomies toute l'habileté manuelle que possèdent nos confrères des États-Unis, et à ce que nous ne sommes pas outillés comme il le faut. M. Nélaton nous a montré que la péritonite n'attendait pas des heures pour se développer, et qu'elle existait déjà alors que ni la douleur ni le météorisme ne pouvaient la faire soupçonner, et il en a conclu que l'intervention devait être immédiate ; que la retarder, c'était aller au devant d'un échec. Agir de suite ou s'abstenir, telle serait volontiers sa devise.

Il me semble que les faits nouvellement recueillis ne suffisent pas pour changer les convictions ; que partisans et adversaires de l'intervention peuvent les faire valoir à l'appui de leur opinion. Mais je suis heureux de voir ceux que les circonstances favorisent mettre loyalement à l'essai la laparotomie, malgré la bien faible confiance qu'ils ont en son emploi.

M. KIRMISSON. Je désire revenir sur les communications qui nous ont été faites à la dernière séance par MM. Berger et Nélaton. Leurs observations comportent, en effet, de précieux enseignements au sujet du plan qu'il convient d'adopter dans la thérapeutique des coups de feu de l'abdomen.

Sur le premier cas de M. Berger (il s'agissait d'une plaie de l'estomac), tout le monde est d'accord ; il démontre (ce que de très

nombreux faits prouvent) que souvent la guérison spontanée peut s'effectuer.

Des deux observations de M. Baudon, la première est une plaie de l'estomac, ainsi que l'ont établi les vomissements de sang survenus peu de temps après l'accident. Or, les plaies de l'estomac n'offrent qu'une gravité relative; elles guérissent le plus souvent.

La deuxième est certainement une plaie du gros intestin. Les selles hémorrhagiques suivant de près le traumatisme caractérisent ce genre de lésion. Ici encore la guérison spontanée, sans être de règle, a été souvent observée.

Les plaies de la région ombilicale ne se terminent jamais d'une façon heureuse, parce qu'elles intéressent le plus souvent l'intestin grêle.

On a avancé que les projectiles de petit calibre ne donnent lieu qu'à de petites perforations incapables de laisser passer les matières de l'intestin; mais tout dépend de l'angle d'incidence du projectile, puisque M. Nélaton, à la suite d'une blessure par un projectile de 7 millimètres, constate des perforations larges de deux doigts. Quant au passage possible des matières, les observations de MM. Berger et Nélaton renseignent suffisamment à cet égard.

Ces cas, à l'exception du premier de M. Berger, déposent tous en faveur de la laparotomie, dont l'échec; dans le cas de M. Nélaton, n'a tenu, ainsi que nous le raconte l'auteur lui-même, qu'à un défaut dans l'exécution de la suture. On ne peut, pour les autres, avoir d'autres regrets que les retards apportés à son exécution.

On ne peut faire aucun fond sur l'ancien traitement par la compression et l'opium; son moindre défaut est d'inspirer une fausse sécurité qui entraîne des attermolements, des délais fâcheux dans l'institution d'une thérapeutique efficace. Le malade de M. Nélaton avait été soumis d'abord à ce traitement.

Une statistique récente de Dalton relate 27 succès sur 69 interventions.

Ce chiffre considérable de guérisons tient certainement à ce que des cas très légers ont été soumis à la laparotomie, qui même parfois n'a été qu'exploratrice. Elle montre, en tout cas, que l'intervention est peu dangereuse en elle-même.

Depuis lors, Sherry et Barker ont publié deux autres cas de guérison. Il serait donc inexact de prétendre que les insuccès augmentent avec le nombre des interventions.

Pour me résumer, je suis d'avis que les blessures de l'intestin grêle réclament une intervention immédiate. Les observations de M. Nélaton sont très démonstratives à cet égard, puisque, bien que produites par des projectiles de petit calibre, les blessures

ont été considérables et se sont accompagnées aussitôt d'épanchement des matières.

M. TERRIER. Je suis d'avis qu'il faut intervenir, quel que soit le viscère atteint. Les plaies de l'estomac guérissent plus facilement, dit-on, que celles de l'intestin grêle. Mais je considérerais comme un paradoxe de soutenir qu'il ne vaut pas mieux suturer une plaie de cet organe que de la laisser à elle-même. L'intervention s'impose donc toujours et aussi rapide que possible.

Les statistiques américaines sont supérieures aux nôtres certainement ; mais cela ne tient pas à ce que les chirurgiens de ce pays soient, d'une façon générale, plus scrupuleux observateurs des règles de l'antisepsie que nous ne le sommes nous-mêmes. Chez eux, ou tout au moins dans plusieurs de leurs grandes villes, tout est disposé de façon à ce que l'intervention soit presque immédiate ; elle n'a lieu, chez nous, qu'à la suite de délais relativement considérables, cinq heures, six heures, bien souvent plus. Leurs observations ne peuvent donc être comparées avec les nôtres.

M. QUÉNU. La marche et la gravité des plaies de l'estomac ne sont peut-être pas encore suffisamment étudiées. Récemment je fus appelé auprès d'une jeune femme qui, une demi-heure auparavant, s'était tiré, avec un revolver de 6 millimètres, une balle dans le huitième espace intercostal gauche ; l'estomac était peu rempli, car la malade n'avait absorbé, quelque temps avant l'accident, qu'une demi-tasse de chocolat léger. D'après le trajet probable du projectile, c'était la partie supérieure de l'estomac qui avait été atteinte. Il n'y eut primitivement d'autre accident qu'un vomissement sans hémorrhagie. Je prescrivis la morphine à la dose de 7 à 8 centigrammes dans les vingt-quatre heures, la privation absolue d'aliments solides et liquides ; du vin fut administré en lavements, et de l'eau injectée en certaine quantité dans le tissu cellulaire des bras et des cuisses. Le lendemain, la température était de 38° ; mais des hématomésos survinrent, la malade s'affaiblit progressivement et succomba le sixième jour à la péritonite.

Ce fait démontre que l'intervention doit suivre de près l'accident. Une laparotomie immédiate n'eut eu que peu de gravité chez ma malade. On en peut de plus tirer cette conséquence que la temporisation fait courir les plus grands risques dans les plaies de l'estomac.

M. BERGER. M. Quénu a-t-il fait l'autopsie de sa malade ?

M. QUÉNU. Je n'ai pu pratiquer l'autopsie ; mais les vomissements de sang, le ballonnement du ventre survenant le troisième jour rendent certaine la lésion de l'estomac.

M. BERGER. D'un autre côté, rien ne prouve qu'on eût pu pratiquer la suture sans les plus grandes difficultés. J'eus beaucoup de peine à découvrir, au moment de l'autopsie, une blessure de l'estomac par instrument tranchant qui siégeait sur la face postérieure de l'organe.

J'ai, du reste, insisté, dans la dernière séance, sur les différences que comportent les plaies des régions sus- et sous-ombilicales. Les faits que j'ai rapportés déposent contre la pratique que conseille M. Terrier.

Si je me trouvais en face d'accidents graves, j'interviendrais aussitôt ; mais s'il n'est rien survenu au bout de douze heures, si tout fait supposer, au contraire, que la péritonite soit circonscrite, j'attendrais.

Je ne prétends donc point être rangé dans la classe des non-interventionnistes, quoique j'aie vu les meilleures opérations être suivies de mauvais résultats ; peut-être seraient-ils meilleurs dans les cas de laparotomie immédiate. Lors donc que je me décide à intervenir, je le fais avec une certaine méfiance, et souvent sans grand espoir.

M. PEYROR. J'ai été témoin d'un cas qui semble bien justifier la pratique que propose M. Terrier. Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, porteur d'un coup de feu dans la région ombilicale et que je vis le lendemain de l'accident.

Le pouls était fréquent ; il y avait eu un vomissement, mais pourtant l'état général n'était pas mauvais. Je pratiquai la laparotomie avec mon collègue, M. Perrier, quinze à seize heures après la blessure.

Je trouvai une perforation double de l'estomac, du côlon transverse et du duodénum. La recherche de la plaie postérieure de l'estomac fut facile ; les deux perforations du duodénum n'étaient séparées que par une mince languette de tissu intestinal. La balle était restée en arrière de cet intestin ; quelques fragments de vêtements l'avaient accompagnée jusque-là. Les sutures furent exécutées d'une façon régulière et très satisfaisante. Le malade éprouva un notable soulagement à la suite de notre opération. Mais le pouls resta très fréquent (125-130°), et il succomba le quatrième jour dans le collapsus.

M. KIRMISSON. Avait-on fait la compression et administré de l'opium avant l'intervention ?

M. PEYROR. Aucun traitement n'avait été institué.

Rapport.

Observation d'un cas d'anévrysme de l'artère sous-clavière gauche, traité par les courants continus, par le Dr VALLADARÈS (de Rio-de-Janeiro).

Rapport par M. CH. NÉLATON.

M. Valladarès nous a communiqué une observation d'anévrysme de la sous-clavière guéri par les courants continus dans les conditions suivantes :

Un homme de 37 ans, syphilitique d'ancienne date, fit un effort violent en portant une charge et sentit un craquement suivi d'une douleur vive dans la région sus-claviculaire gauche. A partir de ce moment, une tumeur se développa, et quatre mois plus tard, lorsque M. Valladarès vit le malade, le diagnostic d'anévrysme de la sous-clavière fut porté.

Le traitement suivant fut aussitôt institué : chaque jour on donne une potion contenant 1 à 2 grammes d'iodure de potassium, et on commence en même temps l'application de courants continus (machine de Graefe de 16 éléments). L'application dure de quinze à vingt minutes tous les jours. On augmente graduellement les éléments de la pile et, un mois plus tard, la tumeur a beaucoup diminué de volume ; elle est plus dure, plus résistante. Cinquante-cinq jours après le début du traitement, il n'y a plus de pulsations dans la tumeur. Cinq mois plus tard, M. Valladarès présentait son malade à la Société de médecine et de chirurgie de Rio complètement guéri.

M. Saboia, qui nous a fait parvenir l'observation précédente, m'a remis une note dans laquelle se trouvent signalés trois faits analogues.

Toutefois, il nous est impossible de ne pas faire remarquer que, théoriquement, le résultat obtenu par M. Valladarès paraît difficile à expliquer. Théoriquement, me dit mon ami le Dr Larat, que j'ai consulté à cet égard, « il est impossible de concevoir qu'un courant qui, avec des tampons étroits, ne peut pas dépasser 15 milliampères sans escarifier la peau en cinq ou six minutes puisse suffire à amener une modification quelconque dans le contenu d'une poche anévrysmale, la peau restant indemne. S'il en était ainsi, M. Apostoli, qui, dans sa méthode de traitement des fibromes utérins, emploie jusqu'à 200 milliampères, coagulerait en masse le sang contenu dans l'abdomen de ses malades. »

Il semble donc que la guérison ne puisse s'expliquer en pareil cas par une action coagulante des courants continus sur le contenu

de l'anévrisme. Quoi qu'il en soit, nous restons en présence d'un fait fort curieux qui appelle l'attention, et dont l'importance sera considérable lorsque plusieurs autres observations seront venues nous enseigner les modifications de l'anévrisme qui conduisent à guérison sous l'influence du traitement préconisé par M. Valladarès.

Je vous propose donc, messieurs, d'adresser nos remerciements à l'auteur et de déposer dans nos archives l'observation qu'il nous a adressée.

Discussion.

M. TERRIER. Je ne reconnais que vaguement les caractères d'un anévrisme dans l'observation que vient de résumer M. Nélaton. Le malade était un syphilitique ; les dilatations vasculaires dues à cette diathèse peuvent guérir sous l'influence du traitement ioduré. M. Potain a signalé l'amélioration d'une dilatation aortique ; moi-même ai vu guérir, avec M. le D^r Franck, un anévrisme du tronc brachio-céphalique que nous avons traité par l'iodure de sodium et les applications réfrigérantes.

M. KIRMISSON. M. Jaccoud a publié une clinique dans laquelle il signale l'amélioration notable d'anévrysmes de l'aorte sous l'influence de l'iodure de potassium.

M. SÉE. On sait que l'usage de l'iodure de potassium influence d'une façon favorable les anévrysmes en général.

M. VERNEUIL. Les chirurgiens n'ont peut-être pas tiré tout le profit possible du traitement par les iodures dans les anévrysmes des gros troncs artériels. C'est à Bouillaud que revient l'honneur d'avoir proposé et employé le premier la médication indurée dans l'anévrisme de l'aorte. Les faits ont été portés par lui devant l'Académie de médecine. Son élève Durozier a publié un cas d'amélioration d'un anévrisme carotidien.

Je suis d'avis donc qu'il conviendrait de tenter cette méthode dans les volumineux anévrysmes de la racine des membres, comme ceux de l'axillaire, avant de recourir aux méthodes purement chirurgicales, toujours si aléatoires et si dangereuses dans ces cas.

M. NÉLATON. Je n'ai point eu l'intention de soulever la question du traitement des anévrysmes par l'iodure de potassium, à propos d'un cas douteux comme diagnostique, et du traitement duquel ne peut découler aucun enseignement sérieux.

Communication.*Myomes de l'utérus pédiculés et douloureux. — Leur ablation par la laparotomie.*

Par M. le Dr TERRILLON.

On admet généralement que les myomes sous-séreux pédiculés, qui font saillie dans la cavité péritonéale, ne provoquent aucun accident grave et qu'ils sont facilement tolérés par les malades. La seule crainte qu'ils inspirent est de les voir augmenter rapidement; leur volume souvent considérable ne tarde pas alors à provoquer des accidents plus ou moins sérieux. Dans cette condition, c'est le volume de la tumeur qui devient une indication de l'extirpation radicale.

Cette formule est vraie dans la plupart des cas. Nous connaissons tous des femmes qui portent des fibromes relativement peu volumineux, assez mobiles, bien nettement détachés de la surface utérine par une partie de leur étendue, et qui ne provoquent que quelques douleurs vagues et passagères. Ceux-ci ne sont justiciables que des soins médicaux.

Mais il ne faut pas oublier que nous sommes quelquefois consultés pour des cas spéciaux, caractérisés par des fibromes mobiles de volume variable, mais, en général, ne dépassant pas le poids de un à deux kilogrammes, et qui produisent des douleurs violentes, souvent intolérables, ou d'autres symptômes plus ou moins graves. Dans ces conditions, ce n'est pas le volume qui devient une indication opératoire, mais ce sont les accidents qu'éprouve la malade du côté du système nerveux et du tube digestif.

J'ai opéré dernièrement cinq fibromes présentant ces caractères, et rendant l'existence insupportable et même précaire aux malades qui en étaient atteintes.

L'ablation de ces tumeurs a été pratiquée avec succès par la laparotomie. Le résultat opératoire a été parfait; depuis leur guérison, les malades ne souffrent plus. Ces observations sont résumées plus loin avec tous les détails les plus importants.

Il m'a semblé que ces faits étaient intéressants à signaler, non seulement pour montrer qu'il y a là une indication réelle à l'intervention chirurgicale, mais aussi que cette intervention n'est pas grave.

Les réflexions qui peuvent être suggérées par ces observations porteront principalement sur la symptomatologie de ces fibromes douloureux; ensuite, sur la cause probable des douleurs; enfin, je terminerai en insistant sur la nature de l'opération au moyen de

laquelle on peut les enlever, en appuyant surtout sur le traitement du pédicule de ces tumeurs.

Symptômes. — Au point de vue symptomatique, ces observations se ressemblent par plusieurs points. Le phénomène qui domine est toujours la douleur localisée au niveau de l'endroit où la tumeur est accessible par la paroi abdominale. Cette douleur est souvent spontanée, mais toujours elle est exagérée par la pression locale, par le contact des vêtements et surtout du corset. La station debout, la marche et le ballottement de la voiture la rendent insupportable.

Un caractère particulier de cette douleur est son irradiation à une grande distance du point de départ, surtout du côté du creux de l'estomac.

Enfin, on note chez toutes ces malades que les douleurs cessent dans le décubitus dorsal; tous les phénomènes dus au tiraillement s'atténuent aussitôt dans cette position. Aussi recherchent-elles avec grand soin la position horizontale qui seule les soulage.

Un second phénomène, très important à noter, est constitué par la présence de troubles gastriques et intestinaux très nettement observés chez ces malades. Ces désordres de l'estomac, nausées, crampes douloureuses et même vomissements, sont d'autant plus intéressants à connaître que toutes les malades ont été traitées au début de leur maladie pour une affection du tube digestif, la présence de la tumeur étant méconnue ou n'étant pas recherchée. Cette erreur, très fréquente avant l'apparition ou la découverte de la tumeur à travers la paroi abdominale, est très excusable, la cause des troubles du côté du tube digestif devant passer inaperçue tant que le fibrome n'était pas reconnu.

Mais ce n'est pas tout : dans la plupart des cas, l'erreur a persisté, même après la constatation du fibrome. Il semblait en effet difficile d'expliquer, par la seule présence de cette grosseur dans le bas-ventre, des phénomènes gastriques aussi rebelles et aussi prononcés.

Nous verrons plus loin quelle est l'explication qu'on peut donner de ces phénomènes douloureux irradiés, et portant surtout sur la région épigastrique.

Il est donc facile de constater qu'il existait chez ces malades deux causes principales qui agissaient défavorablement sur leur état général; les douleurs et les troubles gastriques.

Il ne faut pas oublier que ces fibromes sous-séreux et pédiculés coïncident souvent avec des tumeurs semblables occupant le parenchyme de l'utérus, ou même situées du côté de la muqueuse. Ceux-ci donnent de leur côté des symptômes spéciaux qui sont

ordinaires dans cette variété de tumeur : augmentation de volume de l'organe, sensation de bosselures à sa surface, le tout provoquant des douleurs dans le bassin et surtout des hémorrhagies utérines ; mais ces symptômes leur sont propres et se distinguent facilement de ceux provoqués par le fibrome sous-séreux pédiculé qui se déplace dans la cavité abdominale.

Ainsi, chez deux de mes malades, on trouvait manifestement des fibromes peu volumineux occupant le corps de l'utérus. Chez toutes, l'utérus était hypertrophié, et la cavité mesurée avec l'hystéromètre indiquait une augmentation de longueur qui était de 10 à 12 centimètres.

Cette cavité était augmentée, même dans les deux cas où il m'a semblé qu'aucun fibrome appréciable à nos moyens d'examen n'avait pu être diagnostiqué pendant le cours de l'opération. Il est certain que, dans ces cas, l'hypertrophie totale de l'utérus était le résultat de la présence du fibrome pédiculé dans un des segments de l'organe.

La présence de ces fibromes interstitiels accompagnant les myomes pédiculés ne m'a pas semblé avoir une grande influence sur l'état douloureux ou maladif de mes opérées ; aussi je n'ai pas songé à pratiquer chez elles, outre l'ablation de la tumeur pédiculée, celle de la portion de l'utérus atteinte par d'autres tumeurs ou même les annexes (ovaires et trompées).

Les résultats de l'opération m'ont donné raison. En effet, chez la malade de l'observation IV, on sent encore actuellement un myome du volume d'une petite orange occupant le fond de l'utérus du côté gauche. Il est facilement accessible par la main appliquée au-dessus du pubis et déprimant la paroi abdominale.

Or, depuis l'opération, qui date de six mois, et par laquelle j'ai enlevé un gros fibrome pédiculé occupant la partie moyenne du fond de l'utérus, la malade ne souffre plus, elle n'est plus incommodée et se trouve dans les conditions d'une femme atteinte d'un fibrome indolore et tolérant.

Il en est de même de ma seconde malade, mais, chez elle, il existe plusieurs petits fibromes (obs. II).

Ces résultats sont intéressants à signaler, car ils prouvent que dans des circonstances semblables, il est bon de n'enlever que la tumeur qui, par sa position et ses particularités spéciales, occasionne de la douleur et des troubles gastriques, et qu'il ne faut pas faire courir les risques graves d'une hystérectomie totale, surtout si le fibrome utérin ne se prête pas à une intervention facile.

Explication des douleurs. — Les symptômes que nous venons de décrire sont facilement explicables par les constatations anatomiques que j'ai faites au moment de l'ablation de la tumeur.

Ces fibromes sont ordinairement lobulés, irréguliers, recouverts d'aspérités arrondies ; ceux que j'ai enlevés étaient particulièrement mamelonnés.

Mobiles dans l'abdomen, ils pouvaient se mouvoir dans une étendue assez considérable ; soit que leur pédicule fût assez long ou assez souple pour leur permettre de subir facilement des déplacements étendus, soit que le corps de l'utérus, mobile également et se déplaçant avec lui, permit une plus grande extension à leurs mouvements.

Il est facile de comprendre qu'une tumeur ainsi bosselée, irrégulière, devait, par ses déplacements fréquents et rapides, dus aux changements de position du tronc de la malade, exercer des tiraillements, des froissements et causer non seulement des douleurs, mais des troubles du côté de l'intestin et de l'estomac.

Mais si on peut expliquer ainsi les douleurs ordinaires qui accompagnent ces fibromes et quelques troubles légers du côté du tube intestinal, il est difficile de trouver, dans le fait seul de la présence de cette tumeur mobile, l'explication des symptômes plus sérieux que j'ai observés.

En effet, tous les fibromes mobiles ne sont pas douloureux, ainsi que je l'ai dit en commençant ; ils le sont si peu d'habitude que les médecins et les chirurgiens les regardent souvent comme une quantité négligeable. Pourquoi quelques-uns d'entre eux produisent-ils des symptômes plus sérieux, rebelles et même menaçants pour l'existence ?

Il faut chercher ce caractère spécial d'acuité dans un autre fait anatomique que j'ai rencontré chez mes quatre malades, je veux parler d'une adhérence localisée, souvent peu étendue, à une partie de l'épiploon.

Je suis persuadé que telle était la cause des troubles sérieux et persistants éprouvés par mes opérées.

Tout s'explique alors : les douleurs violentes produites par le moindre déplacement de la tumeur, les troubles gastriques dus au tiraillement de l'épiploon, enfin ces irradiations du côté du creux épigastrique.

Il se passe ici quelque chose qui est absolument analogue aux symptômes douloureux produits par le tiraillement d'un morceau de l'épiploon engagé et adhérent dans le canal inguinal, dans l'anneau ombilical ou dans une éraillure de la ligne blanche.

Nous connaissons tous ces douleurs spéciales et surtout ces symptômes gastriques rebelles et douloureux provoqués par le pincement ou par la fixation d'un morceau même minime de l'épiploon.

L'erreur de diagnostic, qui trompe si souvent sur la cause réelle

des douleurs et des phénomènes gastro-intestinaux, se retrouve également dans le cas des hernies épiploïques irréductibles, et on sait combien elle est fréquente.

A propos de ces adhérences épiploïques que je viens de signaler, une question spéciale mérite d'être discutée et doit m'arrêter quelques instants.

Comment se fait-il qu'un fibrome sous-péritonéal de cette nature et de ce volume, qui ne dépasse pas un volume moyen, contracte si facilement des adhérences avec l'épiploon, alors qu'il est de notion commune que les fibromes de l'utérus, en général, ne présentent aucune adhérence inflammatoire avec les organes voisins ? Ceci se vérifie à chaque hystérectomie abdominale.

L'explication de ce phénomène m'échappe, et cependant c'est bien là un résultat de l'expérience, car tous les auteurs qui ont écrit sur la marche et les accidents des fibromes sous-séreux ont noté ces douleurs qui ne peuvent reconnaître qu'un mécanisme spécial. Ces adhérences sont le résultat d'une poussée de péritonite localisée à la surface du fibrome et amenant secondairement des connexions plus ou moins étendues avec l'épiploon. Ainsi, nous trouvons dans l'ouvrage si complet et si minutieusement étudié de de Sinety la phrase suivante : « C'est dans cette variété (fibromes sous-séreux) qu'on observe le plus souvent des phénomènes inflammatoires de voisinage, dus à une péritonite partielle ¹. »

Il m'a semblé que la cause de cette péritonite locale est due à une altération par mortification superficielle et même profonde du fibrome. Une plaque jaune existant à ce niveau et se prolongeant même dans la profondeur indique le travail de mortification qui rend cette surface irrégulière et dépourvue d'épithélium.

N'oublions pas aussi qu'on a expliqué les phénomènes douloureux dont nous venons de parler par la compression des plexus nerveux qui provoqueraient ainsi des névralgies rebelles. On aurait même vu cette action des nerfs de l'abdomen agir sur la moelle par action réflexe pour provoquer une véritable paraplégie des membres inférieurs. Schröder a signalé des cas de cette nature.

Mais cette explication est assez vague et ne me satisfait aucunement.

Je ne veux pas dire cependant que tous les fibromes mobiles et douloureux soient adhérents à l'épiploon et que ce soit la seule explication de ces phénomènes.

Mais j'insiste sur ce fait que chez mes cinq malades, l'adhérence épiploïque existait et était la cause probable des symptômes très accentués qu'ils provoquaient.

¹ 2^e édit., 1884, p. 469.

Accidents spéciaux et rares. — A côté de ces phénomènes douloureux, produits par la présence d'un fibrome mobile dans l'abdomen et sur lesquels je viens d'insister, on peut voir survenir d'autres phénomènes plus graves, mais aussi beaucoup plus rares.

Je peux en citer un exemple récent que j'ai observé dernièrement.

Une dame, âgée de 44 ans, portait depuis longtemps un fibrome mobile dans l'abdomen; celui-ci, ayant le volume d'une tête de fœtus, occupait surtout le flanc gauche. Au-dessous de lui et plongeant dans le bassin existait un autre fibrome énorme occupant le fond de l'utérus et faisant corps avec lui.

Le fibrome mobile n'avait, jusqu'à ces derniers temps, donné lieu qu'à des douleurs modérées, lorsqu'un jour, à la suite d'un effort, il s'enclava brusquement sous les fausses côtes gauches, et provoqua aussitôt des phénomènes d'obstruction intestinale par compression du côlon descendant, et en même temps des signes de péritonite localisée. La température monta à 40°.

Les accidents ne cessèrent que lorsque la tumeur put être déplacée, après quelques jours de souffrance très grande et d'un état alarmant.

Depuis cette époque, qui remonte à quinze jours, le fibrome, redevenu mobile, est resté très douloureux; il provoque des tiraillements dans l'abdomen et la région de l'estomac.

Je suppose donc qu'il s'est produit à son niveau des adhérences avec l'épiploon et que ces adhérences sont la cause des douleurs vives qu'éprouve la malade. Une opération ultérieure la débarrassera probablement de ces accidents et de ces douleurs, comme chez mes autres malades.

Traitement. — L'ablation de ces fibromes ne présente que quelques particularités intéressantes.

Quel que soit leur siège, latéral ou médian, une incision est pratiquée sur la ligne médiane au-dessus du pubis ou même plus haut. Ici l'ouverture doit être agrandie suffisamment pour laisser passer toute la tumeur, car il est impossible de réduire son volume.

Souvent il est facile de l'attirer au dehors, quand le pédicule est assez long ou l'utérus assez mobile dans le bassin, mais il arrive quelquefois qu'il faut faire quelques efforts pour la faire saillir et l'amener entièrement en dehors de la plaie abdominale.

Dans ces conditions, il est nécessaire d'agir avec douceur et lenteur, en déprimant autant que possible les bords de la paroi abdominale.

Lorsque la tumeur est attirée au dehors, il est bon de se rendre compte de la position, de son volume, et surtout de la longueur de la partie étroite qui l'unit au corps de l'utérus. C'est à ce niveau

que doit porter la section et là que doit être constitué ce qu'on appelle le pédicule de la tumeur.

Ce pédicule est très variable; tantôt allongé et relativement mince, il laisse à la tumeur une grande mobilité; tantôt court, épais et charnu, il ne représente qu'une partie rétrécie qui unit le fibrome au corps de l'utérus.

Dans le premier cas, il peut se faire que le pédicule qui unit le fibrome à l'utérus ne soit plus constitué par du tissu utérin, mais par les enveloppes péritonéales épaissies, présentant des tractus cellulieux et quelques vaisseaux. C'est le pédicule le plus simple qu'on puisse trouver; il est le résultat de l'énucléation presque complète du fibrome en dehors du tissu utérin.

Mais c'est là une exception, car dans tous les cas que j'ai opérés, le pédicule était constitué par une partie musculieuse, se continuant directement avec le tissu utérin. Cette circonstance est intéressante à noter, car le pédicule doit être traité alors d'une façon spéciale que nous allons étudier.

Le pédicule est souvent assez gros, puisque chez une de mes malades il avait le volume du poignet, c'est-à-dire plus de huit centimètres de circonférence, ne peut être lié avec de la soie.

Un cordonnet de soie peut l'étreindre suffisamment pour arrêter le cours du sang au moment de la section et même pendant quelque temps après, mais son action protectrice ne peut durer longtemps. Bientôt, sous l'influence de la pression circulaire, le tissu étranglé s'aplatit, le pédicule se réduit, les artères deviennent libres en reprenant leur calibre, et peuvent saigner abondamment, en donnant une hémorrhagie presque toujours mortelle.

Aussi je ne me sers, depuis quelque temps, que du lien de caoutchouc, dont l'action continue et incessante empêche toute hémorrhagie.

J'ai employé d'abord un cordon de caoutchouc plein de quatre à cinq millimètres de diamètre. Il était appliqué autour du pédicule en le tendant légèrement pour mettre en jeu son élasticité, puis fixé avec un cordonnet de soie assez fort.

Comme ce cordon de caoutchouc plein a peu de solidité et peut casser facilement, j'y ai substitué depuis quelque temps un tube de caoutchouc non perforé. Ce tube mieux vulcanisé que le cordon résiste davantage à la traction et a moins de tendance à se rompre.

OBS. I. — M^{me} D..., âgée de 39 ans, entre à la Salpêtrière le 10 avril 1885. Ses règles ont débuté à 18 ans, reviennent régulièrement et durent de trois à quatre jours.

Il y a un an, elle eut une grossesse très douloureuse qui se termina par l'accouchement d'un enfant mort-né. Les suites furent parfaites et sans accident. Mais, quelques mois après, elle a commencé à éprouver

des douleurs violentes et continues dans le bas-ventre, surtout du côté gauche, avec irradiations dans les reins et la cuisse.

En même temps le ventre grossit lentement, et bientôt la malade sentit à gauche une grosseur douloureuse et qui était l'origine des douleurs irradiées.

Elle se plaint de vomissements fréquents, de dyspepsie, de balonnement du ventre. Enfin survint de l'amaigrissement, car la malade mange peu dans la crainte d'augmenter ses douleurs.

Quand on l'examine, on constate les signes suivants : dans l'hypochondre gauche se trouve une saillie globulaire, allongée transversalement, se prolongeant vers le côté et remontant à cinq centimètres au-dessus de la ligne ombilicale. A la vue, on peut constater aussi cette augmentation de volume, surtout par rapport au côté opposé qui est aplati.

La tumeur est dure, consistante, sans grosses bosselures. Elle est mobile, se déplace transversalement et s'enfonce même dans le bassin. Le ventre a quatre-vingt-deux centimètres de circonférence chez une femme maigre.

L'utérus est libre, mobile et semble n'avoir qu'une connexion faible avec la tumeur ; cependant il y a communication assez évidente. Cet utérus est dévié à droite et hypertrophié, car la cavité est de douze centimètres ; elle fut mesurée avec l'hystéromètre.

Des envies d'urines fréquentes gênent la malade ; mais elle se plaint surtout de ses douleurs locales au niveau de la tumeur et des troubles de l'estomac et de l'intestin, qui semblent l'inquiéter principalement ; aussi une opération nécessaire pouvant enlever cette tumeur détruire tous ces troubles est-elle acceptée aussitôt.

L'opération est pratiquée le 24 mai 1885 (observation rédigée par M. Sebileau, interne). — Une incision qui dépasse l'ombilic donne accès dans le ventre. La tumeur, qui occupe surtout le côté gauche et déborde la ligne médiane à droite, est coiffée par l'épiploon, qui a pris avec elle des adhérences solides et étendues ; elles ont la largeur d'une pièce de cinq francs. La séparation de ces deux organes est longue, difficile et donne beaucoup de sang. Elle nécessite l'emploi de douze ligatures au catgut.

Une partie kystique occupe la tumeur, mais la ponction ne donne que quelques grammes de liquide noirâtre ; le reste de la tumeur est solide. Celle-ci est extraite de l'abdomen. Elle a le volume d'une tête de fœtus et tient à l'utérus par sa corne gauche. Le pédicule est aussi gros que le poignet.

Il est coupé après avoir été serré dans un serre-nœud métallique. Je profite de la rainure formée par le fil du serre-nœud pour placer deux ligatures en soie, très serrées et disposées en chaîne.

Le corps de l'utérus est gros, mais paraît sain.

Le pédicule est rentré dans l'abdomen et la plaie abdominale suturée. Ce fibrome pesait quatre kilogrammes ; il était bosselé, irrégulier et contenait deux kystes du volume d'une noix, à contenu coloré en noir. Il n'y eut à la suite de cette opération aucun accident notable.

Après vingt jours de convalescence la malade quitta l'hôpital parfaitement guérie. Depuis elle m'a donné de ses nouvelles et n'a plus éprouvé ni souffrances ni malaises, et elle se déclare absolument soulagée; aussi sa santé générale s'est-elle considérablement améliorée.

Obs. II. — M^{lle} Ch. . . , âgée de 34 ans, est une femme vigoureuse, grasse, bien portante ordinairement. Régliée à l'âge de 15 ans, elle perdait toujours régulièrement une petite quantité de sang; mais elle n'était jamais incommodée par ses règles. Celles-ci avancent de quelques jours depuis plusieurs années.

Vers l'âge de 27 ans, elle commence à éprouver dans l'abdomen des douleurs assez vives, revenant à des intervalles irréguliers, et qui l'empêchent de marcher ou de se tenir debout. Ces douleurs furent d'abord traitées comme étant des névralgies, car elles ne s'accompagnaient d'aucun trouble du côté de l'intestin ou d'autres organes. Au début, la vessie semble avoir été légèrement influencée, car la malade éprouvait, pendant plusieurs jours consécutifs, des envies fréquentes d'uriner, qui cessaient bientôt.

Cet état dura pendant deux ans environ, sans qu'on pût la soulager complètement, sauf par le repos, et sans qu'on pût découvrir la cause de ces douleurs, qui occupaient toujours la région du bas-ventre et devenaient de plus en plus accentuées. Il faut ajouter que les parois abdominales très épaisses rendaient l'examen difficile. Aucun trouble du côté des organes génitaux ne fut jamais découvert. Bientôt survinrent des troubles gastriques avec douleurs vives au creux de l'estomac.

Enfin, vers l'âge de trente ans, on découvrit dans la région du bas-ventre, au-dessus du pubis et légèrement déviée à gauche, une masse de petit volume, douloureuse à la pression et qui était manifestement l'origine des douleurs. Le diagnostic était encore difficile, et ce ne fut que plus tard qu'on pensa à la présence d'un fibrome, lorsque le volume de la tumeur eut augmenté considérablement et qu'on eut découvert ses connexions avec l'utérus. La malade avait alors 32 ans.

Pendant toutes ces périodes, elle fut soumise à divers traitements, et elle essaya surtout le port d'une ceinture, afin de savoir si elle serait soulagée par l'immobilisation de sa tumeur. Mais celle-ci ne put être supportée, et bientôt l'état douloureux devint tel que la vie était absolument insupportable. Cette malade m'était adressée par le professeur Spilmann (de Nancy).

L'opération fut pratiquée le 15 mai 1888. — Une incision faite sur la ligne médiane et occupant tout l'espace entre le pubis et l'ombilic permit d'extraire la tumeur. Celle-ci présentait vers sa partie supérieure une adhérence très intime avec l'épiploon, ayant l'étendue de deux pièces de cinq francs. Ces adhérences furent assez difficiles à détacher et donnèrent beaucoup de sang. On dut exercer à ce niveau une compression assez prolongée avec une éponge pour empêcher le sang de couler dans le péritoine.

Le morceau d'épiploon fut réséqué entre trois ligatures au catgut.

Un pédicule du volume du poing, formé par du tissu musculaire, fut lié avec un cordon de caoutchouc, bien tendu circulairement; il fut sectionné après avoir été arrêté par un cordonnet en soie.

Le pédicule fut abandonné dans l'abdomen. Le fond de l'utérus était bosselé et contenait probablement un fibrome interstitiel. Les suites furent parfaites, et la malade est débarrassée de ses douleurs; les troubles dyspeptiques ont disparu. J'ai eu de ses nouvelles en décembre 1888.

Obs. III. — M^{me} G..., âgée de 44 ans, entre à la Salpêtrière au mois de mai 1888.

Elle fut réglée à l'âge de 13 ans et mariée à 18 ans, en 1862. Jamais elle n'a eu ni enfants ni fausses couches, mais son état général était précaire. Les règles étaient toujours abondantes et duraient de sept à huit jours.

En 1866 elle eut quelques phénomènes assez graves du côté du bas-ventre avec douleurs violentes; on parla d'une péritonite, mais la malade se rétablit promptement.

Dans le courant de l'année 1878, un polype de l'utérus, situé probablement au niveau du col, fut extirpé; il avait provoqué des hémorrhagies abondantes.

Un autre polype reparut en 1883 et fut opéré. A ce moment on déclara à la malade qu'elle portait, outre son polype, une tumeur fibreuse inopérable. A partir de cette époque, elle parut jouir d'une santé meilleure, et ses pertes sanguines diminuèrent beaucoup. Elle fit une fausse couche en 1887.

A la fin de l'année 1887, elle voit son ventre augmenter légèrement; en même temps elle éprouve des douleurs violentes dans la partie inférieure de l'abdomen.

Celles-ci ne cessèrent pas depuis cette époque et ne firent que s'accroître. Quand elle fut entrée à la Salpêtrière, l'examen méthodique de l'abdomen permit de découvrir les signes suivants :

En palpant l'abdomen on provoque une douleur vive dans tout le côté gauche, surtout en bas, au-dessus du pli de l'aîne. On sent une tumeur arrondie assez mobile, de la grosseur du poing d'un adulte et très douloureuse au moindre attouchement. Elle occupe le bassin, au voisinage du détroit supérieur.

L'utérus est en antéflexion prononcée, et sa cavité mesure onze centimètres; le col est violacé et gros.

La tumeur abdominale et l'utérus paraissent en connexion, mais vague.

Depuis six mois, la malade souffre beaucoup et ne peut ni marcher ni travailler. Ces douleurs reviennent par crises durant trois ou quatre heures et arrachent des cris à la patiente. Elle se plaint aussi de nausées, de douleurs avec tiraillements dans l'estomac et de la lenteur de ses digestions.

En présence de ces signes, je diagnostique un fibrome pédiculé douloureux, et propose une opération radicale, que la malade accepte aussitôt.

L'opération a lieu le 10 mai 1888. — Incision médiane de vingt centimètres au-dessus du pubis.

La main, introduite dans l'abdomen, trouve à gauche une tumeur bosselée, mobile, grosse comme les deux poings. Une large adhérence avec l'épiploon occupe sa face supérieure; cette adhérence est déchirée et donne beaucoup de sang. Deux ligatures au catgut sont placées sur l'épiploon et un morceau de ce dernier est réséqué.

La tumeur extraite de l'abdomen se continue avec la partie gauche du fond de l'utérus par une partie pédiculée plus large qu'une pièce de cinq francs, mais courte.

Un fil de caoutchouc, tendu et arrêté par une ligature en soie, sert à entourer le pédicule. Celui-ci est coupé à un centimètre et demi du lien. Le pédicule est rentré dans l'abdomen et la plaie abdominale suturée. L'utérus paraît sain.

La malade n'éprouva aucun accident après l'opération et n'eut aucune trace de fièvre. Elle sortit guérie le 6 juin 1888, munie d'une ceinture abdominale et complètement rétablie. Depuis j'ai eu de ses nouvelles, elle continue à se bien porter et elle n'éprouve plus aucune douleur.

Obs. IV. — Mlle X..., âgée de 36 ans, est bien portante, ordinairement bien réglée, elle a vu depuis deux ans ses règles devenir irrégulières.

Il y a cinq ans elle a remarqué qu'une grosseur mobile se déplaçait dans son ventre et causait quelque gêne, surtout à gauche.

Après quelques mois, elle éprouva des douleurs assez vives dans l'abdomen, au côté gauche également, avec des phénomènes de péritonite légère qui cessèrent après quinze jours.

Depuis cette époque, elle souffre d'une façon progressive toujours au niveau de sa tumeur, qui a grossi un peu. Elle ne peut marcher ni se tenir debout pendant longtemps.

M. le Dr Augier (de Lille) m'adresse cette malade au commencement de l'année 1888. Je diagnostique un fibrome mobile douloureux, accompagné d'un fibrome interstitiel du volume du poing, difficile à sentir nettement à cause de l'épaisseur des parois abdominales. La cavité utérine, qui a dix centimètres, indique un état d'hypertrophie anormal de l'utérus chez une femme qui n'a pas eu d'enfant.

Je conseille l'ablation du fibrome mobile et douloureux par la laparotomie.

La malade demande à réfléchir et ne revient à Paris pour subir l'opération que le 18 juillet 1888.

L'opération est pratiquée avec le concours de M. Routier. — Une longue incision sur la ligne médiane, à travers des parois très épaisses, donne accès dans le péritoine.

J'extrais un gros fibrome du poids de trois kilogrammes, bosselé, irrégulier, adhérent à l'épiploon; l'adhérence est large comme une pièce de deux francs.

Un pédicule dur, fibreux l'unit à l'utérus, il a le volume du poignet. Je place sur lui un cordon de caoutchouc bien serré et arrêté avec un

cordonnet de soie, et je le réduis dans l'abdomen. Je constate la présence d'un fibrome interstitiel, situé dans le côté gauche de l'utérus, alors que le pédicule du premier occupe le côté droit en arrière.

La guérison fut rapide, sans fièvre; la malade rentra chez elle après vingt jours, et depuis elle ne souffre plus et semble bien portante.

OBS. V. — M^{me} A..., âgée de 34 ans, m'est adressée par M. le D^r Leconte (d'Eu).

Cette femme, assez forte et vigoureuse, a toujours été bien réglée. Mariée à 22 ans, elle n'a pas eu d'enfants. Depuis quatre ans, elle souffre du ventre d'une façon constante; au moindre mouvement la douleur est exaspérée.

Elle se plaint surtout de troubles gastriques, de tiraillements dans le ventre et l'estomac, surtout au niveau d'une tumeur qu'elle a constatée à gauche depuis deux ans. Devenue nerveuse, irritable et trouvant l'existence insupportable, elle demande à être débarrassée de cet ennui.

Je l'examine pour la première fois en juin 1888, en même temps que mon collègue et ami le D^r Schwartz.

Il est facile de constater du côté gauche, au-dessus du pubis, une tumeur bosselée, mobile dans l'abdomen et qui est le siège d'une douleur tellement vive qu'il est difficile de l'explorer. L'utérus, dont le fond est senti au-dessus du pubis, se continue avec la tumeur. Par le toucher vaginal, on trouve l'utérus volumineux et se continuant avec la tumeur abdominale située à gauche. Il semble cependant que ces deux parties peuvent s'incliner l'une sur l'autre.

La cavité utérine a douze centimètres de hauteur et l'hystéromètre indique une antéflexion notable.

Je propose l'ablation, qui est acceptée, à cause des douleurs et des troubles gastriques violents. Cependant l'opération est retardée de trois mois, car la malade est atteinte brusquement d'une grippe interne qui la tient au lit et en convalescence pendant plusieurs semaines.

Elle eut lieu le 22 octobre 1888 avec le concours de M. Routier. Une large incision pratiquée sur la ligne médiane permit d'atteindre le fibrome qui est situé à gauche, mais au bord de l'utérus.

Un morceau d'épiploon assez large adhère à sa face antérieure et en haut. Je le détache avec peine, et mets deux ligatures sur les points qui saignent.

La surface de décortication des adhérences épiploïques sur le fibrome donne beaucoup de sang; une éponge est appliquée à la surface pour arrêter l'hémorrhagie. Le myome est attiré au dehors; il est en communication avec le fond de l'utérus, près de la corne gauche, par une partie plus étroite, mais ayant un diamètre de huit centimètres au moins.

1 Ce pédicule est étreint avec un tube de caoutchouc arrêté par une ligature en soie. Le fibrome est enlevé et le pédicule rentré dans l'abdomen.

La tumeur pesait plus de kilogramme et avait vingt-cinq centi-

mètres dans son plus grand diamètre, et douze centimètres dans son plus petit. Elle était bosselée, irrégulière.

L'utérus contenait un fibrome interstitiel du volume du poing; mais celui-ci ne donnait lieu à aucun symptôme spécial, et comme l'ablation aurait nécessité une hystérectomie totale, il fut laissé en place.

Les suites de l'opération furent parfaites et sans fièvre. La malade quitta Paris le 3 décembre, complètement débarrassée de ses douleurs. Elle continue à se déclarer très satisfaite de l'opération qui l'a soulagée de ses douleurs.

Discussion.

M. DESPRÉS. Nous savons tous que les seuls corps fibreux qui causent des douleurs sont les corps fibreux interstitiels, et je ne m'explique pas bien comment les malades sont soulagées de leurs souffrances par l'extirpation d'un fibrome sous-péritonéal mobile, alors que l'utérus en contient encore d'interstitiels.

M. ROUTIER. Au mois de mai 1888, j'ai pratiqué une opération pour un cas à peu près analogue à ceux dont vient de nous entretenir M. Terrillon, avec cette différence, cependant, que le fibrome pédiculé que j'ai enlevé n'avait contracté aucune adhérence avec l'épiploon, et causait pourtant de violentes douleurs.

Il s'agissait d'une surveillante de l'hôpital, âgée de 41 ans, qui, depuis cinq ans, avait des douleurs dans le ventre et des pertes de sang très abondantes.

Déjà, en 1886, elle avait consulté M. Nicaise, qui avait reconnu le fibrome. Quand elle réclama mes soins, elle avait dû quitter tout service actif depuis deux mois, perdait du sang avec caillots quinze jours par mois environ, avait des vomissements quotidiens, souffrait beaucoup, maigrissait et perdait ses forces.

Je constatai l'existence d'un énorme fibrome utérin remplissant le petit bassin, montant jusqu'à l'ombilic, auquel était surajouté, à gauche, un autre gros fibrome mobile.

La malade était dans un tel état d'épuisement qu'elle me parut condamnée à bref délai si on laissait aller les choses; d'autre part, elle était incapable de supporter une hystérectomie abdominale.

Je crus qu'on devait chez elle pratiquer l'ablation des annexes pour arrêter les pertes de sang, et tenter par la même occasion l'ablation du fibrome mobile, en respectant le gros fibrome qui faisait corps avec l'utérus.

C'est ce plan opératoire que j'exécutai avec l'aide de mon interne le 9 mai 1888. Le fibrome mobile tenait à la grosse masse utérine par un pédicule long de 12 centimètres environ sur 1 centimètre d'épaisseur: je le liai par une chaîne de soie et le sectionnai au thermocautère; il pesait 2 kilogrammes et quelques

grammes. Les ovaires et les trompes furent liés et enlevés.

Les suites furent des plus simples. La malade a repris toute son activité et continue ses fonctions de surveillante, malgré le gros fibrome utérin que je lui ai laissé. Elle ne souffre plus et ne vomit plus. Je noterai seulement qu'elle a eu depuis, à trois ou quatre reprises, de petites pertes de sang.

M. TERRIER. Les douleurs causées par les fibromes tiennent à des causes multiples dont plusieurs sont encore mal expliquées. Les adhérences épiploïques et surtout l'inflammation des annexes appartiennent à ces causes; mais il est des cas où les malades souffrent beaucoup sans qu'on puisse invoquer aucun de ces motifs.

J'ai observé récemment une malade chez laquelle un fibrome pédiculé, de petit volume, adhérent à la face antérieure de l'utérus, causait des souffrances épouvantables. Celles-ci cessèrent après extirpation de la tumeur, mais pour reparaitre bientôt plus intolérables qu'avant. J'ai dû pratiquer l'extirpation des deux ovaires et des annexes. Mais comment expliquer ces douleurs revêtant les caractères d'une névralgie du nerf obturateur? La guérison sera-t-elle définitive cette fois?

Chez une autre malade, qui avait un fibrome volumineux et très douloureux, j'ai fait une double oophrectomie; depuis ce temps la tumeur est devenue indolente et la malade marche. Comment expliquer le résultat de mon opération?

Quoi qu'il en soit, je suis d'avis que dans les cas de ce genre il faut, en même temps que le fibrome, sacrifier les ovaires.

M. CHAMPIONNIÈRE. Chez les malades comme celle dont M. Terrillon vient de nous raconter l'histoire, il convient d'extirper les ovaires. C'est ainsi que je me suis conduit dans une circonstance récente. La seule ablation du fibrome est insuffisante; le retour des souffrances ne peut être prévenu sérieusement que par la double oophrectomie.

M. TERRILLON. Dans deux des faits qui me sont personnels, les malades avaient des fibromes interstitiels complètement indolents. Si ces tumeurs devaient causer quelque inquiétude, je n'hésiterais pas à sacrifier les ovaires; mais si les fibromes seuls sont douloureux, je ne juge pas utile d'aggraver mon opération d'une action dirigée contre ces organes.

Présentation de malades.

M. CHAUVEL présente un malade amputé dans l'articulation de Lisfranc, le 22 octobre 1888, pour une ostéite tuberculeuse de la base du premier et du second métatarsien. La jointure cunéo-métatarsienne étant déjà malade, la partie antérieure du premier cunéiforme fut réséquée. En raison de la grandeur donnée au lambeau plantaire, taillé jusqu'au pli métatarso-phalangien, et malgré la nécessité d'enlever une partie des téguments internes traversés par des fistules à parois tuberculeuses, la cicatrice nette, linéaire, est placée sur la face dorsale du moignon, complètement abritée derrière le bourrelet saillant formé par le relief du lambeau plantaire. L'opéré ne ressent aucune douleur, il marche avec une botte ordinaire, appuyant sur une semelle relevée du côté de l'avant-pied. Il y a donc intérêt pour les fonctions à conserver le plus possible des parties molles plantaires, malgré les craintes exprimées à ce sujet par M. Farabeuf, et ses préférences pour un lambeau plus exigü.

M. VAUTRIN, agrégé au Val-de-Grâce, présente un malade auquel il a pratiqué la laparotomie pour une péritonite tuberculeuse.

Cette observation a été publiée dans la *Gazette hebdomadaire* du 8 février 1889.

Présentation d'instrument.

M. HORTELOUP présente, au nom de MM. Rondeau (maison Delamotte), un modèle de sondes en gomme élastique qui réalisent un véritable progrès pour l'antiseptie vésicale.

Jusqu'à présent toutes les sondes comprenaient une cavité vide entre l'œil de la sonde et l'extrémité. Cette cavité avait le grave inconvénient d'être un réceptacle pour la poussière et les germes infectieux.

MM. Rondeau ont supprimé cette cavité; la face opposée à l'œil de la sonde vient se terminer par un plan incliné aux bords de cette ouverture et fait ainsi disparaître l'extrémité inférieure de la sonde.

J'ai employé ces sondes et j'ai pu reconnaître que le nettoyage en était très facile.

La séance est levée à 5 heures 25 minutes.

Le Vice-Secrétaire annuel,

A.-H. MARCHAND.

Séance du 13 février 1889.

Présidence de M. POLAILLON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Étude sur la valeur relative des différents moyens propres à déterminer l'âge de la vie intra-utérine au moment de la naissance*, par le D^r BOUILLET (de Béziers) ;

3° *Cholécystite calculeuse supprimée ; cholécystotomie ; extraction de 84 calculs ; mort après deux mois*, par M. le D^r LATOUCHE (d'Autun) (Commissaire, M. Terrillon).

Communication.*Sur les plaies de l'abdomen par coup de feu*

Par le D^r PAUL RECLUS.

Dans l'avant-dernière séance, notre collègue Charles Nélaton a vivement critiqué la formule qui résume mon opinion sur le traitement des perforations traumatiques de l'intestin : s'abstenir, sous le couvert d'une thérapeutique purement médicale, jusqu'à ce que la guérison spontanée se produise, et ne se décider à intervenir que si une hémorrhagie ou les signes de la péritonite éclatent. C'est là un opportunisme que n'admet pas M. Nélaton : on doit être ou toujours interventionniste, ou toujours abstentionniste, car, d'après lui, l'examen des observations prouve qu'il ne saurait y avoir de place pour la pratique intermédiaire que je préconise.

Certes, si la question était ainsi posée, je n'hésiterais pas à me ranger résolument parmi les abstentionnistes absolus. Dans les discussions antérieures, je me suis surtout attaché à démontrer que les perforations traumatiques de l'intestin, dues soit à un instrument tranchant, soit à un projectile, peuvent guérir spontanément.

ment par un mécanisme que l'on connaît : tantôt le parallélisme des diverses tuniques intestinales se détruit, tantôt un bouchon muqueux s'exprime entre les lèvres de la plaie qu'il oblitère, tantôt enfin l'épiploon ou l'anse voisine s'applique sur la solution de continuité qu'elle ferme provisoirement jusqu'à la formation d'adhérences définitives. Tous ces faits sont démontrés à cette heure, et je ne reviendrai pas sur une discussion qui, pour ma part, me semble épuisée.

Mais cette oblitération spontanée, cette guérison naturelle prouvée par l'observation et l'expérimentation est-elle assez fréquente pour devenir, en clinique, un facteur capable de peser sur notre décision, ou n'est-elle qu'une possibilité, un fait exceptionnel et fortuit, une curiosité pathologique sur laquelle un chirurgien prudent n'a pas le droit de faire fond ? Là est, pour le moment, la question véritable ; d'ailleurs, depuis la dernière discussion de la Société, il est tacitement convenu qu'on laisserait de côté les raisonnements pour s'en tenir aux faits, et c'est sur ce terrain que je veux me circonscrire dans ma communication actuelle.

Je dois tout d'abord établir la validité de mes observations ; je les divise en deux catégories, dont la première comprend les faits où la perforation intestinale ne s'est révélée par aucun signe clinique ; nous n'avons pour garant de son existence que la présence d'une plaie pénétrante de la paroi abdominale. Mais cette preuve est, d'après nous, absolument suffisante d'ailleurs, et, comme l'a dit ici même M. Trélat, plaie pénétrante de l'abdomen et perforation intestinale sont synonymes ; le premier accident entraîne fatalement le second. Si j'insiste sur ce point, où l'accord est unanime, c'est que parfois nos adversaires, en présence d'une plaie pénétrante qui évolue vers une guérison rapide, sans la moindre réaction péritonéale, oublient leurs déclarations antérieures et ont de la tendance à nier la perforation de l'intestin.

Ils n'en ont pas le droit, et cela pour deux raisons : d'abord l'absence de signes, le silence du péritoine ne prouve rien : les observations sont déjà nombreuses où des perforations de l'estomac, absolument authentiques, se sont oblitérées et ont été retrouvées plus tard à l'autopsie, bien qu'aucun symptôme n'ait révélé leur existence. Nous n'en citerons qu'un exemple, parce qu'il est d'hier, pour ainsi dire, et, dans le numéro du 20 janvier du *Lyon médical*, nous trouvons un cas où la perforation de l'estomac, déjà cicatrisée, fut constatée après la mort, provoquée par une pneumonie septique. D'ailleurs, qui n'a présent à la mémoire le cas fameux publié par le professeur Socin ?

La seconde raison est que tous les expérimentateurs savent que lorsqu'un projectile traverse la paroi abdominale, il traverse du

même coup l'intestin ; après beaucoup d'autres, j'ai tiré, avec mon interne, M. Nogués, sur le ventre de cadavres, et, 38 fois sur 39 sujets la pénétration abdominale s'est compliquée de perforation intestinale, quels que soient d'ailleurs le diamètre du projectile et la force initiale de l'impulsion. Dans le cas unique où le tube digestif a été épargné, la balle ouvrit la veine cave en cheminant, sans les blesser, entre les circonvolutions.

Donc, pour nous comme pour M. Trélat, pénétration abdominale et perforation intestinale sont synonymes. Mais un corollaire s'impose alors, et nous admettons comme guéri d'une perforation intestinale, par l'expectation simple ou le traitement médical, tout individu qui ne meurt pas d'une plaie de l'abdomen dont la pénétration est bien et dûment constatée : nous nous contenterons d'enlever 1 cas sur 39, soit 3 0/0, pour faire large mesure. Notre conclusion nous semble irréfutable, et, pour l'entamer, il faudrait que d'autres expérimentateurs démontrent la fausseté de cet aphorisme que je répète : la pénétration abdominale par un projectile a comme conséquence presque forcée la perforation intestinale.

D'ailleurs, si l'on n'admet pas la synonymie de plaie pénétrante de l'abdomen et de perforation intestinale, je me demande quand les partisans de la laparotomie immédiate pratiqueront l'ouverture du ventre ? On sait combien les signes immédiats, l'hématémèse, l'issue par la plaie de gaz odorants et de matières fécales, sont rares. Il n'y a donc, le plus souvent, pour déceler la perforation, que la réaction péritonéale ; mais lorsque cette réaction péritonéale se manifeste, M. Nélaton ne nous dit-il pas qu'il est déjà trop tard pour opérer efficacement ? Interventionnistes et abstentionnistes sont donc d'accord sur ce point, et nos observations du premier groupe sont recevables sous la réserve d'une défalcation dans le nombre des guérisons de 2, 3 ou 4 0/0.

La seconde catégorie de nos observations est plus rigoureuse encore, puisqu'un signe physique, la sortie du projectile par l'anus, l'issue de gaz odorants ou de matières fécales par la plaie, une hématémèse ou des selles sanglantes nous prouvent d'une façon non douteuse que la portion sous-diaphragmatique du tube digestif a été perforée. Ici, on pourrait espérer que toute contestation est impossible, et qu'on accepte comme guéris de plaie pénétrante de l'intestin les individus chez lesquels ces signes ont été observés. Il n'en est rien, et des distinctions fort subtiles, trop subtiles pour la clinique, ont été faites sur lesquelles nous voudrions insister maintenant.

Les hématémèses, nous dit-on, révèlent évidemment une lésion de l'estomac ; mais personne ne nie la possibilité de la guérison

spontanée des plaies de l'estomac ; les observations à preuves brutales sont trop nombreuses maintenant pour que ce fait ne soit pas acquis. Quant au mélæna, il peut avoir pour origine une hémorragie de l'estomac ou même des portions supérieures du gros intestin, dont on admet aussi l'oblitération naturelle. L'issue du projectile par l'anus, le passage par la plaie abdominale de gaz ou de matières fécales, n'ont pas une valeur plus grande, car si, dans les cas où la perforation est démontrée par des signes physiques, la guérison survient, c'est que l'estomac ou le gros intestin ont été blessés, et non l'intestin grêle, dont les plaies ne s'oblitérent jamais spontanément.

C'est là une simple, mais audacieuse pétition de principe, car nos adversaires affirment, sans preuve aucune et contre nos expérimentations, l'impossibilité de la guérison spontanée des plaies de l'intestin grêle. Et cependant ils semblent triompher lorsque le projectile a pénétré dans une région qui correspond soit à l'estomac, soit à une partie quelconque du gros intestin, et qui comprend, par conséquent, la cavité abdominale presque tout entière. L'orifice est-il dans la région épigastrique ? la plaie siège sur l'estomac et le côlon transverse. Est-il dans le flanc droit, le flanc gauche, l'une quelconque des fosses iliaques, les côlons ascendant et descendant, le cæcum ou l'S iliaque sont perforés. M. Kirmisson développe cet argument dans une revue du *Bulletin médical*, et M. Chauvel, je crois, s'en est fait l'écho dans votre dernière séance. Pour nous, nous ne saurions admettre la possibilité de ce diagnostic du siège de la lésion intestinale, car il suppose deux conditions également inexactes : d'abord que la balle suit un trajet rectiligne que ne dévient ni les muscles ni les aponévroses, et ensuite que les anses intestinales ont une place fixe, immuable dans le ventre, et que bien qu'essentiellement flottantes et mobiles, elles ne se trouvent jamais ni en avant ni en arrière de l'estomac et du gros intestin.

Ce n'est pas tout : il faudrait admettre encore, ce qui est parfaitement faux, que le projectile ne blesse les viscères qu'à son entrée dans le ventre et n'en blesse qu'un seul. Certainement une hématomérose révèle une lésion de l'estomac ; du sang presque pur rendu par l'anus, une perforation du gros intestin ; mais ces déchirures ne sont pas exclusives d'autres déchirures, et, ici encore, expérimentateurs et laparotomistes s'accordent pour reconnaître que les orifices anormaux sont le plus souvent très multipliés. La moyenne indiquée par nos recherches et par celles de Legouest est de cinq environ. D'ailleurs, les faits cliniques le prouvent surabondamment, et, dans sa dernière laparotomie, M. Peyrot n'a-t-il pas trouvé deux perforations de l'estomac coïncidant avec

une perforation du côlon transverse et deux perforations du duodénum ?

De ce qui précède, on peut conclure que la prétention de déterminer le siège et le nombre des perforations intestinales, d'après le point où le projectile est entré, n'est justifiée nullement, et je défie nos collègues les plus experts en anatomie de nous indiquer à l'avance sur le cadavre, et par la seule inspection de la plaie abdominale, le siège et le nombre des perforations de l'intestin. Comment donc pourraient-ils le faire sur le vivant ? Aussi ai-je été fort surpris de voir M. Chauvel affirmer que, dans les cas de M. Baudon, il s'agissait seulement d'une plaie de l'estomac et du gros intestin. Sans doute estomac et gros intestin étaient percés, mais probablement aussi quelque anse de l'intestin grêle, ainsi qu'il en est d'habitude.

Ces distinctions ne présentent donc aucune base clinique, et les plaies sus- et sous-ombilicales peuvent fort bien, les unes et les autres, perforer l'intestin grêle. Et voilà pourquoi nous donnerons en bloc les observations que nous avons recueillies : nous avons exactement enregistré tous les faits qui nous semblaient authentiques de perforations intestinales traitées par l'expectation ; nous avons noté les succès et les revers, et voici notre statistique : sur 114 cas de plaies par balle de revolver où il n'y a pas eu d'intervention, je trouve 94 guérisons et 20 décès, soit une mortalité de moins de 18 0/0. Sur 59 plaies par instruments tranchants, nous avons 49 guérisons et 10 décès, soit une mortalité de moins de 17 0/0.

Vais-je considérer cette statistique, dressée au hasard de nos lectures, comme absolument définitive, et avons-nous la proportion relative des succès et des revers attribuables à l'expectation et au traitement médical ? Évidemment non, et ces chiffres n'ont ni plus ni moins de valeur que ceux qu'on nous donne sur les résultats de la laparotomie. Mais, en tout cas, je dois dire que cette léthalité si restreinte, et qui s'élève à moins de 18 0/0, ne m'étonne pas lorsque je me rappelle que, sur 5 cas personnels de plaies pénétrantes de l'abdomen, 3 par balle de revolver et 2 par lame de couteau, j'ai observé 5 guérisons. Reste, il est vrai, une sixième observation où j'ai pratiqué la laparotomie, et qui me semble éclairer un certain nombre de points obscurs.

Je trouvai un matin, dans mon service de Tenon, un jeune homme de 20 ans qui, la veille au soir, s'était donné un coup de couteau dans le flanc gauche, à 12 centimètres en dehors de l'ombilic. Au niveau de la plaie, une frange d'épiploon faisait hernie, et du sang s'écoulait en assez grande abondance ; il y avait des nausées, des vomissements incessants, et si la température était normale, le poulx battait 120 pulsations. Le ventre était souple,

peu douloureux, pas ballonné ; mais l'écoulement du sang, noir d'abord, puis rouge, par la plaie abdominale m'indiquait une hémorragie persistante et me paraissait nécessiter une intervention. Je pratiquai donc la laparotomie séance tenante, quatorze heures après l'accident.

Première incision de la plaie à l'ombilic et seconde incision de l'ombilic menée jusqu'à 6 centimètres au-dessus du pubis. Je soulève le volet cutané ainsi circonscrit, et, après avoir évacué d'énormes caillots, je lie, sur l'épiploon, une artère du volume d'une plume de corbeau qui donnait du sang. Puis je dévide les anses intestinales et je trouve deux perforations du mésentère que je suture au catgut. Enfin, sur le bord libre d'une circonvolution de la partie supérieure du jéjunum, existent deux perforations, et, un peu plus bas, sur la face convexe, une troisième ouverture, sur lesquelles je pratique deux rangs de suture, l'une pendue, au catgut, qui réunit la muqueuse, et une superficielle, au point de Lambert, qui adosse les deux séreuses.

Mais ces perforations étaient fort intéressantes ; elles étaient oblitérées et n'avaient laissé passer dans l'abdomen ni gaz ni matières fécales ; un petit bouchon muqueux fermait hermétiquement l'ouverture ; il y avait donc sur l'intestin vivant de cet homme ce que M. Berger avait trouvé à l'autopsie d'un de ses laparotomisés et ce que j'ai constaté si souvent sur l'intestin du chien. Mais, mieux encore, il y avait, circonscrivant les trois perforations, une plaque jaune, tomenteuse, irrégulière, petit amas de fibrine et vestige des adhérences commençantes, déchirées en dévidant l'intestin. Nous avons surpris sur le fait le mécanisme de cette oblitération qu'on admet bien sur le gros intestin et l'estomac, mais qu'on rejette, je ne sais pourquoi, lorsqu'il s'agit de l'intestin grêle.

Le résultat n'a pas été bon. Tout au contraire, le collapsus paraît singulièrement aggravé par la laparotomie ; la température, il est vrai, ne s'élève guère et ne dépasse pas 38°, mais le pouls est imperceptible, les vomissements continuent ; puis, le lendemain, survient de l'ictère, une anurie complète qui persiste le surlendemain, jour où notre opéré s'éteint, cinquante-cinq heures après notre intervention, sans douleur de ventre et sans ballonnement. L'autopsie montre que les sutures ont tenu, qu'il n'y avait pas d'orifices qu'on eût oublié de fermer ; pas de matières intestinales solides, liquides ou gazeuses dans le péritoine, qui ne présentait qu'un faible degré d'inflammation ; un piqueté vasculaire en certains points et un léger exsudat agglutinant les anses intestinales.

Devons-nous regretter notre intervention ? Non, puisque l'hémorragie persistait encore et aurait sans doute tué le malade, et il est certain qu'une laparotomie plus précoce, si elle eût été possible,

aurait eu l'avantage d'éviter au blessé une perte de sang considérable et l'affaiblissement qu'elle entraîne. Mais s'il ne se fût agi que de perforation intestinale, notre laparotomie n'aurait été que nuisible ; non seulement nous avons rompu des adhérences déjà formées, mais nous avons frappé d'un choc nouveau un individu en plein collapsus. En tout cas, nous ne nous avançons guère en disant que si nous nous fussions abstenu, le résultat n'eût pas été plus mauvais.

Les opérations qui nécessitent une manipulation de l'intestin sont déplorables. M. Chauvel nous a fourni des statistiques d'après lesquelles la survie serait presque de 30 0/0, la mortalité de plus de 70 0/0. Eh bien ! quelque mauvaises qu'elles soient, ces statistiques me paraissent encore moins mauvaises que la réalité, et, sur 41 laparotomies, je ne trouve pas, comme M. Chauvel, 12 cas de guérison. Ne faut-il pas enlever le fait de Sévastopoulo, où il n'y a pas eu laparotomie, mais simple débridement ? Ne faut-il pas encore enlever la troisième observation, où il s'agit d'un coup de fusil avec du plomb de chasse et où il n'y a pas de suture de l'intestin, et la trente-deuxième et la trente-quatrième observations, où il n'y avait pas de plaie intestinale ?

Mais que la mortalité soit de plus de 70 0/0, comme le veut M. Chauvel, ou qu'elle soit de plus de 80 0/0, comme je le pense, elle n'en reste pas moins effrayante. On nous promet, il est vrai, qu'elle s'abaissera lorsque les interventions seront plus précoces ; je veux bien le croire, mais il ne faut pas trop s'y fier. Nélaton opère au bout de quatre heures, et son malade est mort ; Parker, au bout de quatre heures aussi, et le résultat est identique ; Kimlok intervient sans plus de succès au bout de deux heures, Morton au bout d'une heure et demie et Annendale au bout d'une heure, et leurs opérés sont rapidement emportés. Ce qui fait plus de revers que de succès, car je ne trouve comme succès, dans les laparotomies précoces, que les cas de Bull et de Hamilton, où l'intervention eut lieu entre la deuxième et la troisième heure, et le cas de Kocher ; encore son malade était-il en pleine péritonite.

Et ici j'ouvre une parenthèse pour répondre à M. Nélaton : c'est justement parce que Kocher, parce qu'Andrew, parce que Bull et d'autres encore ont pu, par la laparotomie, guérir leurs malades atteints de péritonite, que je propose l'intervention lorsque le traitement médical a échoué. Certainement les guérisons sont rares ; mais puisqu'elles sont encore possibles, on doit tenter l'opération, qui, si elle n'a pas un bon résultat, ne fera qu'abrégier la vie de quelques heures. Donc, dans les cas de péritonite commençante, dans les cas d'hémorrhagie, je suis partisan de la laparotomie ; je l'accepte encore dans les traumatismes par coup de pied de cheval,

parce qu'ici il y a souvent déchirure complète de l'anse intestinale ; on ne peut pas compter sur la guérison de plaies de ce genre, et le quasi-succès de Bouilly est là pour nous encourager dans la voie de l'intervention.

Je reprends ce que je disais sur les résultats de la laparotomie, et j'ajoute que si, au lieu de considérer les statistiques américaines et anglaises, faites de pièces et de morceaux, et qui, sans doute, comme toutes les statistiques qui ne s'appuient pas seulement sur les relevés intégraux de quelques chirurgiens connus, a plus de chance d'enregistrer surtout les cas de guérison, si, dis-je, nous étudions ce qui se passe en France dans nos hôpitaux, sous nos yeux, nous ne constatons que des échecs : échec de Trélat, échec de Pozzi, de Labbé, de Le Dentu, de Reclus, de Nélaton, de Boyer, de Peyrot ! Nous ne trouvons, pour nous consoler de tant de revers, que le succès de Vaslin, et encore me semble-t-il dû à une erreur de technique. L'opérateur nous dit qu'il examina très rapidement l'intestin grêle, qui, par conséquent, n'eut pas à subir ces manipulations minutieuses et lentes qui nous paraissent si dangereuses. Le malade en a profité ; mais MM. Berger et Nélaton pourront dire à l'opérateur qu'il a eu de la chance de ne pas voir mourir son malade de quelque perforation méconnue et inoblitérée.

Je m'arrête : on nous avait convié à porter la question sur le terrain des faits, et nous avons répondu ; nous avons publié les succès de Tillaux, de Desprès, de Carlier, de Tachard, de Nimier, de Chédevergne, de Reynier, de Berger, de Furet, de Darget, de Duverney, de Baudon, les nôtres ; chaque mois nous apporte quelques guérisons nouvelles dues au seul traitement médical, tandis que nos adversaires n'ont à enregistrer que la longue série de leurs déceptions.

Discussion.

M. TERRIER. Je regrette que M. Reclus ne soit pas plus explicite sur l'opportunité qu'il y a à intervenir ou non ; car, de sa statistique, semble découler qu'il vaut mieux laisser les perforations intestinales à elles-mêmes.

Il est quelques-unes de ses propositions que je ne puis laisser passer sans discussion.

Tout d'abord je ne puis admettre avec lui que toute plaie pénétrante de l'abdomen entraîne fatalement des lésions viscérales. Ses expériences cadavériques sont passibles des mêmes objections qui ont été faites relativement aux traumatismes des grosses artères. Tout le monde sait aujourd'hui combien sont différentes les lésions cadavériques expérimentales de celles qu'on observe sur le

vivant, bien que produites par des agents et dans des circonstances identiques en apparence.

Ses expériences semblent démontrer, en résumé, que des organes multiples sont toujours atteints, et que le siège de la lésion extérieure ne peut faire préjuger exactement de la nature ou de la multiplicité des blessures d'organes. Mais cette incertitude du diagnostic constitue précisément un des plus puissants motifs pour agir, car je considère l'intervention comme obligatoire chaque fois qu'il existe une plaie intéressant un point quelconque du tube digestif.

M. Reclus croit à la gravité des plaies de l'intestin grêle, que, pour ma part, je considère comme constamment mortelles. Il relate ensuite des observations de malades guéris spontanément, et qu'il suppose avoir été atteints de ce genre de lésions; il explique enfin, mais après coup, les divers mécanismes suivant lesquels cette guérison s'est effectuée. Mais ce ne sont là que des assertions sans preuves directes, et auxquelles je ne concède aucune valeur, puisque les malades ont guéri sans que rien soit venu démontrer la réalité de ses hypothèses.

Je ne crois point non plus aux bons offices du bouchon produit par l'éversion de la muqueuse de l'intestin. Il prévient, dit-on, l'issue des matières; mais, outre que je le considère comme un agent septique lui-même, peut-il s'opposer au passage de la quantité infinitésimale de l'agent infectieux nécessaire à la production d'une péritonite septique. Rien, en somme, ne peut permettre d'affirmer la constance de lésions viscérales dans les plaies simplement pénétrantes. Rien ne prouve, surtout, que ces lésions viscérales puissent guérir spontanément.

Les résultats de nos laparotomies sont déplorables; mais ils tiennent aux mauvaises conditions des hôpitaux dans lesquels nous opérons. La logique, en tout état de cause, est d'intervenir toujours. Dans l'observation de M. Reclus, il s'agissait d'un coup de couteau et non d'une plaie par arme à feu. Il n'est guère possible de savoir pourquoi il a perdu son opéré, et cela ne peut m'étonner, car fort souvent j'en ai été à me demander la cause réelle de la mort chez quelques-uns de mes malades. La solution des questions de ce genre demanderait fort souvent des recherches de laboratoire que notre installation ne nous met pas à même d'exécuter.

M. KIRKSSON. Contrairement à l'opinion de M. Reclus, je me crois toujours autorisé à préjuger tout au moins, d'après le siège de la plaie extérieure, des viscères qui ont pu être lésés. Il est légitime de supposer que, dans les plaies de la région ombilicale,

l'intestin grêle est souvent atteint, tandis que dans celles des régions épigastrique et iliaque il ne peut l'être qu'accidentellement.

D'autre part, je trouve qu'on ne doit point faire intervenir le cas de M. Nélaton dans la discussion, puisque l'insuccès fut causé par une faute opératoire.

Les observations des chirurgiens américains ont la même valeur que les nôtres, et les guérisons signalées par Walton démontrent péremptoirement que le nombre des succès augmente avec celui des laparotomies.

M. PÉRIER. J'ai été témoin d'un fait qui montre jusqu'à quel point il faut être circonspect dans le pronostic des plaies de l'abdomen. Il y a quatre ans, je trouvai un matin, dans mon service, un homme qui avait reçu un coup de couteau dans l'abdomen. La plaie avait été suturée par les internes; il n'y avait aucun signe de péritonite, et je m'abstins de toute intervention. Au bout de douze jours, la plaie étant réunie, le malade en très bon état, je signai son exeat.

A quelques jours de là, je rencontrai le professeur Brouardel, qui m'apprit que mon malade avait été pris tout à coup d'accidents formidables qui l'avaient renversé sur la voie publique. Il succomba, en huit heures, à une péritonite suraiguë. A l'autopsie, on trouva que deux anses intestinales blessées s'étaient rouvertes et avaient amené ainsi un épanchement subit, cause de la péritonite.

M. BERGER. La question doit être jugée par les faits; aussi est-il d'un intérêt capital de signaler ceux qui viennent à notre connaissance.

Un médecin russe, Constantin Kolpin, vient de publier, dans les *Comptes rendus de la Société de Samara* (n° 36, p. 28, 1888), l'histoire d'un blessé, âgé de 24 ans, qui avait reçu une balle à 5 centimètres au-dessus de la partie moyenne de l'arcade de Fallope. Il n'y avait pas eu d'intervention immédiate; le 3^e jour, des matières intestinales liquides, d'un jaune verdâtre, d'odeur spéciale, firent irruption par la plaie; on proposa au blessé la laparotomie; il la refusa. L'écoulement intestinal dura jusqu'au 28^e jour, puis il se supprima pour reparaitre cinq jours après. La guérison fut complète le 59^e jour.

J'ajouterai que les statistiques étrangères comprennent des cas de plaies de l'estomac, du gros intestin, même des laparotomies exploratrices; il est donc impossible de comparer le chiffre des guérisons à celui des interventions; d'un autre côté, les guérisons spontanées nous échappent complètement.

M. CHAMPIONNIÈRE. Je ne puis accepter qu'un coup de feu dans l'abdomen détermine constamment une ou plusieurs lésions de

l'intestin. De nombreux faits montrent qu'il n'existe aucune corrélation obligée entre ces deux ordres de faits. On prétend que des malades ont pu survivre à un épanchement de matières intestinales dans le ventre; nous savons tous cependant que si pareil accident se montre au cours d'une opération, les malades succombent fatalement et rapidement, à moins d'une heureuse intervention.

M. TRÉLAT. Il n'est pas exact, comme le prétend M. Berger, que des matières intestinales liquides sortant d'une plaie de l'abdomen ne puissent provenir uniquement que de l'intestin grêle. Le cæcum, comme je l'ai signalé à propos des fistules pyostercorales, renferme, comme l'intestin grêle, des matières liquides, jaunâtres et spumeuses. Quant aux perforations de l'intestin, qu'elles soient traumatiques ou pathologiques, nous admettons tous leur extrême gravité. Tout épanchement de matières intestinales dans le péritoine est fatalement mortel. A moins donc que des circonstances fortuites empêchent cette effusion ou la dirigent au dehors, toute perforation est suivie d'accidents mortels à bref délai. Voilà ce qu'enseigne l'expérience de chaque jour. Quant au mécanisme suivant lequel se seraient produites quelques rares guérisons, nous l'ignorons absolument.

Je tiens à affirmer de nouveau que nos services sont insuffisamment organisés à tous les points de vue, pour qu'on y puisse exécuter certaines opérations avec des chances sérieuses de succès.

M. RECLUS. Comment on peut souvent guérir de perforations intestinales sans laparotomie, je n'y reviendrai point; mais les faits sont constants. D'autre part, bien des observations montrent que la laparotomie, pratiquée au cours d'une péritonite, a donné de bons résultats.

Dans le cas qui m'est personnel, le ventre étant ouvert, après ligature de l'artère, j'avais fait plus de la moitié du chemin; j'ai donc été plus avant, et j'ai procédé à la recherche des perforations. On donne le conseil d'opérer sitôt que la pénétration d'une plaie a été constatée; mais fort souvent aussi l'intervention est devenue inutile par l'impossibilité où on s'est trouvé de découvrir la ou les perforations de l'intestin. Je puis, du reste, apporter à la Société plus de 40 observations suivies de guérison sans intervention, et à propos desquelles il sera impossible de méconnaître les lésions viscérales, démontrées par des phénomènes tels que l'hématémèse, le mélaena, l'issue des matières intestinales.

M. Terrier a prétendu que le bronchon muqueux essentiellement septique infecte fatalement le péritoine. Mais souvent la péritonite

ainsi déterminée reste partielle et revêt la forme adhésive. C'est là un résultat expérimental définitivement acquis.

Certes, ainsi que l'affirme M. Trélat, un épanchement stercoral dans le péritoine est toujours suivi d'accidents rapidement mortels; mais des mécanismes divers, fort heureusement, peuvent prévenir cet épanchement dans le cas de lésions intestinales d'une certaine importance. La nature a de ces moyens à sa disposition.

On m'a fait le reproche d'incriminer les chirurgiens d'Amérique; j'ai bien le droit de préférer à des statistiques éloignées, provenant de chirurgiens divers, celles bien plus homogènes qui résultent des faits présentés à cette Société et fournies par des chirurgiens dont nous connaissons tous la pratique.

M. TERRIER. Il m'est arrivé, au cours des dissections parfois pénibles auxquelles donne lieu l'extirpation des tumeurs abdominales, d'intéresser l'intestin. Je ne m'en suis point rapporté à la nature, et ai toujours suturé ces lésions aussi correctement que possible. Je n'ai aucune confiance dans le bronchon muqueux.

M. Reclus craint la laparotomie; il pense qu'elle aggrave le pronostic. Toute la gravité des plaies de l'abdomen vient de la lésion des viscères, la laparotomie n'y ajoute rien par elle-même.

Communication.

Extirpation totale de la clavicule

Par M. DESPRÉS.

Ne pouvant prendre part aux travaux de la Société à partir de la semaine prochaine, je hâte une communication qui, je le pense, intéressera la Société. J'ai extirpé la totalité de la clavicule ce matin, pour un ostéosarcome du volume d'une petite orange et que voici. C'est sur le procédé opératoire que je désire, pour le moment, attirer votre attention.

J'ai fait une incision sur le trajet de la clavicule en dépassant ses limites et en arrondissant mon incision aux deux extrémités. Cela fait, j'ai dénudé la partie moyenne de l'os qui était saine, et j'ai passé une sonde cannelée au-dessous de la clavicule; avec un stylet aiguillé j'ai passé un gros fil et j'ai fait suivre une scie à chaîne. Elle a été difficile à manœuvrer, et j'ai dû terminer la section de l'os avec une pince de Liston. Alors j'ai ouvert l'articulation acromio-claviculaire, et saisissant l'os avec un davier je l'ai luxé en avant et en dedans et, après la section des ligaments coraco-clavi-

culaire, j'ai disséqué la tumeur en rasant l'os. Il y a une seule difficulté : la veine céphalique adhère à la tumeur et elle a été entamée. Nous avons remédié à cet accident par une ligature, et la moitié externe de la clavicule a été alors enlevée. La moitié interne, plus facile à extraire, a été saisie avec un davier, luxée en avant et facilement enlevée. L'opération a duré un quart d'heure sous le chloroforme.

Le procédé que j'ai mis en usage est le procédé employé par Meyer et modifié par Chassaignac¹, bien que Wutzer ait enlevé une clavicule en deux temps et à deux époques éloignées. C'est Chassaignac qui, pour une nécrose de la clavicule, en a fait l'extirpation en la sciant et en enlevant les deux moitiés séparément. C'est le procédé le plus sûr.

Ce que j'ai remarqué dans ce cas, c'est qu'en rasant bien et avec soin la clavicule on ne touche pas à l'aponévrose coraco-claviculaire.

J'abrège, mais je rappelle que l'extirpation de la clavicule a été faite pour la première fois par Meyer, en 1828, qu'elle a été faite deux fois pour des cancers (Wavrin Esmarch); ces malades sont morts; l'opération est donc grave. Et si les extirpations de la clavicule nécrosée ont été plus souvent suivies de succès, c'est que cette opération est, en réalité, une extraction de séquestre.

Je compléterai l'observation de ma malade, jeune fille âgée de 15 ans, chez qui l'opération était bien indiquée. Je donnerai les suites de l'opération et l'examen microscopique.

Discussion.

M. PAUL SEGOND. Le fait intéressant communiqué par M. Després me conduit à vous rapporter brièvement l'histoire d'un malade auquel j'ai pratiqué l'ablation totale de la clavicule dans des circonstances analogues. — C'était un grand et solide campagnard de 66 ans qui m'avait été adressé par mon ami le Dr Deborde (d'Arsay). La totalité de la clavicule gauche de notre malade était envahie par une volumineuse tumeur offrant les caractères de l'ostéosarcome, et les indications d'une intervention radicale paraissaient très nettes. — Tumeur très grosse, à la vérité, mais bien limitée; peu de phénomènes de compression du côté des faisceaux vasculo-nerveux sous-claviculaires; santé générale suffisante; intégrité apparente des poumons, du cœur, du foie et des reins; urines claires ne contenant ni sucre ni albumine (l'urée n'a pas été dosée). — L'opération fut donc décidée, et le 28 septembre dernier je pratiquai la résection totale de la clavicule.

¹ CHASSAIGNAC, *Traité des opér. chir.*, t. I, p. 664; Paris, 1861.

Le volume de la tumeur ne permettant pas de sectionner la clavicule en son milieu, comme l'a fait M. Desprez sur son malade, je désarticulai d'abord l'extrémité acromiale, puis, soulevant la masse de dehors en dedans, j'en fis l'extirpation totale en m'efforçant de ne point blesser les énormes vaisseaux sous-jacents. La membrane protectrice, dont parlait tout à l'heure M. Desprez, m'eût été bien utile, mais il n'y en avait pas trace, les adhérences vasculaires étaient intimes et, malgré toutes mes précautions, il me fut impossible d'éviter la déchirure et partant la double ligature de la veine sous-clavière. Mais je n'insiste pas sur ces détails opératoires bien connus. En somme, l'intervention fut conduite à bien, la plaie suturée, le pansement placé suivant les règles habituelles, et pendant les trois ou quatre jours qui suivirent, l'absence de fièvre et le calme de l'opéré me firent espérer la guérison. Il n'en fut rien et la mort survint le huitième jour, après quarante-huit heures de prostration, sans fièvre, ni complication chirurgicale d'aucune sorte.

La cause de cette terminaison imprévue nous fut révélée à l'autopsie. Le rein gauche était le siège d'une grosse tumeur cancéreuse. Le néoplasme claviculaire était secondaire, et c'est là que gît le principal intérêt de cette observation. En effet, mon premier diagnostic, celui qui m'avait dicté l'intervention, était *ostéo-sarcome*. Or, deux jours après l'opération, M. Latteux me démontra, par des préparations histologiques d'une grande netteté, que la tumeur n'était pas un ostéosarcome, mais un *carcinome*. Ignorant la lésion similaire du rein gauche, ma conclusion naturelle fut qu'il s'agissait d'un carcinome primitif de la clavicule et, par conséquent, d'une affection très rare. Vous savez comment l'autopsie vint démontrer l'inexactitude de ce diagnostic.

En somme, le fait que je viens de vous signaler rentre dans la loi commune; le carcinome osseux était, suivant l'usage, *secondaire*, et ce sont les lésions viscérales primitives et méconnues qui ont empêché le succès opératoire. L'observation, me semble-t-il, n'en conserve pas moins son intérêt. Outre les enseignements cliniques ou opératoires qu'elle comporte, et sur lesquels je ne veux pas insister ici, elle démontre, une fois de plus, combien le pronostic doit être réservé dans les cas de ce genre, et c'est à ce titre, surtout, que j'ai voulu vous la soumettre.

M. MARCHAND. J'ai pratiqué l'extirpation de la clavicule, moins ses deux extrémités, pour une tumeur qui avait détruit sa continuité.

Je pus, sans difficulté, scier ces deux extrémités au moyen d'une scie à chaîne, et enlever os et tumeur sans grande effusion de sang.

L'examen histologique pratiqué au Collège de France démontra qu'il s'agissait d'un cancer de l'os. L'examen bien attentif du malade, avant l'opération, n'avait mis sur la trace d'aucune affection organique viscérale.

La réparation de la plaie s'effectua très régulièrement, et elle était complètement fermée le trente-cinquième jour. Le malade que je ne revoyais plus, fut pris, dans la nuit qui précédait le jour fixé pour son départ chez lui, d'une hématomérose foudroyante qui l'emporta en moins de deux heures. L'autopsie ne put être faite. Il est bien probable, néanmoins, que le cancer de l'os n'était que secondaire, et que le foyer primitif était un de ces cancers de la face postérieure de l'estomac qui arrivent souvent à la fin de leur évolution, sans donner lieu à des symptômes qui permettent de reconnaître nettement leur existence. L'observation complète a été publiée dans la thèse de M. Cerné.

M. POLAILLON. Je rappelle que j'ai rapporté ici un cas de résection complète de la clavicule pour un ostéo-sarcome.

Mon malade succomba quelques temps après d'une tumeur de même nature développée dans le fémur.

Lecture.

M. TACHARD lit une observation de mégalo-dactilie congénitale de l'annulaire droit. (M. Chauvel, rapporteur.)

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le vice-secrétaire annuel,
A.-H. MARCHAND.

Séance du 20 février 1889.

Présidence de M. POLAILLON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. DESPRÉS, demandant un congé pendant la session du Conseil municipal ;

3° *Deux observations de plaies pénétrantes de l'abdomen*, par M. GNIST, médecin de 1^{re} classe de la marine (Commissaire, M. Chauvel) ;

4° *Rupture complète de la portion membraneuse de l'urèthre par chute à califourchon ; incision périnéale, etc. ; guérison*, par M. BOUSQUET (de Clermont-Ferrand), membre correspondant (résumé).

E..., 32 ans, vigoureux, chute à califourchon sur une planche étroite ; douleur vive, uréthrorrhagie abondante qui se répète dans les efforts de miction ; rétention d'urine pendant trente-six heures ; impossibilité du cathétérisme. Incision médiane ; hémorrhagie arrêtée difficilement par une ligature médiante. Les deux bouts de l'urèthre divisés sont séparés par un intervalle de 4 centimètres. Passage d'une sonde molle. Une hémorrhagie uréthrale abondante oblige à enlever la suture périnéale déjà appliquée et à recourir à l'acupressure médiante. On retire la sonde le vingt-deuxième jour ; elle était très altérée et ne put être remplacée. On passe alors chaque jour des sondes, puis des bougies à bécuille, en suivant la paroi supérieure du canal. La guérison est complète au troisième mois.

M. Bousquet croit que la suture de l'urèthre n'est pas praticable quand la perte de substance est très grande et les tissus contus ; au reste, la résection étendue des parois pourrait peut-être gêner les érections.

Rapport.

Sur deux mémoires adressés à la Société de chirurgie, par MM. MASSE (de Bordeaux), et CHAVASSE, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Rapport par M. E. KIRMISSON.

Depuis longtemps déjà, je dois vous rendre compte de deux mémoires qui vous ont été adressés par MM. Masse (de Bordeaux), et Chavasse, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

1° Le travail de M. Masse est intitulé : *Tumeurs dermoïdes de la région sacro-coccygienne et de la région sus-hyoïdienne*.

Après avoir rappelé les différentes recherches qui ont été publiées dans ces dernières années sur les dépressions et les fistules de la région sacro-coccygienne, l'auteur s'efforce d'établir une relation entre ces dispositions anatomiques et certaines tumeurs

dermoïdes de la même région, dont la formation s'expliquerait par l'enclavement dans la profondeur des tissus d'un infundibulum cutané. Il cite deux observations de tumeurs dermoïdes de la région sacro-coccygienne qui ont été communiquées à la Société de chirurgie, en 1874 par M. Desprès, et par M. Lannelongue en 1882. L'observation que M. Masse apporte à l'appui de sa manière de voir est la suivante :

Un jeune homme de 20 ans portait, depuis l'âge de 16 ans, une petite tumeur du volume d'un très petit pois, dans la rainure interfessière, à l'union du quart inférieur avec les trois quarts supérieurs de la face postérieure du sacrum. Pendant trois ans, cette petite tumeur resta absolument stationnaire et indolente. Puis elle augmenta brusquement de volume et devint douloureuse à la pression. Une chute sur le siège que fit le malade détermina dans la tumeur une vive inflammation. Elle acquit le volume d'un œuf de poule, fut ouverte et donna issue à un contenu blanchâtre, granuleux, mêlé de pus. N'ayant pas vu le malade à ce moment, M. Masse ne peut préciser quelle était exactement la nature du contenu de cette tumeur, s'il renfermait des poils, des produits épidermiques ou de la graisse. C'est seulement après l'échec d'injections modificatrices que M. Masse fut consulté. La tumeur présentait encore à ce moment le volume d'un œuf de poule; le malade étant endormi, elle fut incisée dans toute sa hauteur. Il s'en échappa du pus et une substance blanchâtre renfermant quelques gouttelettes d'un liquide huileux, d'odeur fétide. La cavité du kyste tamponnée à la gaze iodoformée se combla par bourgeonnement, et la guérison fut complète en moins de trois semaines.

Il est à remarquer que M. Masse ne put pratiquer l'examen histologique de la paroi kystique, qui ne fut pas disséquée, pas plus qu'il ne vit le liquide qui s'écoula, lors de la première incision faite à la tumeur. Aussi, quand il intitule cette tumeur *kyste dermoïde de la région sacro-coccygienne*, c'est là de sa part une simple hypothèse, assez vraisemblable, je le veux bien, mais nullement démontrée.

La même objection ne saurait être faite à la seconde observation de M. Masse, qui a trait à un kyste dermoïde de la région du cou. Le malade qui en était porteur était un jeune homme de 25 ans. La tumeur siégeait à peu près à égale distance entre l'angle de la mâchoire et la grande corne de l'os hyoïde, un peu en avant du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien. M. Masse ne note pas explicitement quel était le côté occupé par la tumeur; mais comme il nous dit qu'elle devenait gênante pour son malade, qui était professeur de violon, nous devons en conclure qu'elle occupait le côté gauche. Le kyste était du volume d'une amande; après l'avoir largement incisé, M. Masse fit sortir de sa cavité un contenu assez

épais, blanchâtre, renfermant une quantité considérable de poils. Le kyste vidé, il put arracher avec des pinces presque toute la poche. L'examen microscopique donna, dit l'auteur, toutes les preuves de la nature dermoïde de cette tumeur. La plaie fut bourrée de gaze iodoformée et ne tarda pas à se combler.

M. Masse fait remarquer que le kyste qu'il a eu sous les yeux s'est développé dans une région où existent normalement des arcs branchiaux pendant le développement embryonnaire, et où l'on trouve quelquefois des fistules branchiales. Il le rapporte à une inclusion d'un repli cutané au niveau d'une fente branchiale, et nous nous rangeons entièrement à sa manière de voir.

2° L'observation de M. Chavasse se rapproche tout naturellement du second fait de M. Masse. Elle se rapporte à un homme de 28 ans, qui portait un kyste sous-hyoïdien. La tumeur présentait le volume d'une grosse noix et mesurait 4 centimètres dans le sens transversal et 3 centimètres et demi dans le sens vertical. Elle débordait un peu plus la ligne médiane du côté droit que du côté gauche. Le 18 août 1885, M. Chavasse entreprit l'extirpation de la tumeur, avec l'aide de M. Robert. Une incision longitudinale de 5 centimètres, pratiquée sur la ligne médiane, permit d'arriver sur la paroi kystique, qui, à l'aide des doigts et de la spatule, fut détachée de ses connexions avec les parties voisines. Pendant cette dissection, qui donna lieu à un écoulement de sang assez abondant, on put constater que la tumeur était reliée à la face antérieure de l'os hyoïde par un tractus fibreux large et solide, dont la section permit d'aborder la face profonde du kyste. Celui-ci était fixé, en outre, à la partie droite de la membrane hyo-thyroïdienne par un pédicule fort, très court, blanc nacré, dont la section fut faite au ras de la membrane. La plaie, traitée antiseptiquement, guérit très simplement. La seule complication fut un rappel de fièvre intermittente chez cet homme, qui avait eu antérieurement des accidents paludiques pendant un séjour en Algérie. Le sulfate de quinine triompha facilement de ces accidents. Le malade, revu en juillet, restait guéri et ne présentait pas trace de récidive.

Le kyste, examiné après son extirpation, était constitué par une enveloppe fibreuse, d'un blanc nacré, renfermant dans son intérieur de la matière athéromateuse, sans trace de poils, et une faible quantité d'un liquide huileux coloré en rose. L'examen histologique fut confié à M. Poncet (de Cluny), qui constata que la matière grasseuse contenue dans le kyste était composée de fines granulations se colorant très bien par la fuchsine et mélangées à de rares débris cellulaires.

La paroi est formée d'une enveloppe fibreuse tapissée à sa face interne d'une couche épithéliale. Les cellules immédiatement en

rapport avec la paroi fibreuse présentent sur quelques points une forme cubique ; en se rapprochant de la cavité du kyste, elles deviennent rapidement rondes, à gros noyau uniformément coloré, sans trace de couche granuleuse ou d'éléidine. Tout à fait à la partie interne, cet épithélium, pavimenteux par places, tombe en déchéance. Sur la plus grande partie de la poche, le revêtement épithélial n'est pas aussi net ; nulle part il n'y a ni éléments glandulaires, ni poils, ni papilles. Ce n'est donc pas une portion de peau enclavée, conclut M. Poncet.

Se fondant sur cet examen histologique, M. Chavassee conclut qu'il n'a pas eu affaire à un kyste dermoïde, mais que cependant il s'agit là d'un kyste branchial, développé au niveau de la troisième fente branchiale, comme tend à le faire admettre l'adhérence du kyste au corps de l'os hyoïde et à la membrane thyro-hyoïdienne. Je me range très volontiers à la manière de voir de l'auteur.

Ces deux observations de MM. Chavassee et Masse nous offrent deux exemples des kystes dermoïdes et athéromateux qui peuvent se développer sur le trajet des fentes branchiales. Je vous rappelle en terminant que M. Masse est professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; M. Chavassee, professeur agrégé au Val-de-Grâce. Tous deux vous ont adressé déjà des travaux intéressants ; vous avez tous présentes à l'esprit les recherches de M. Masse sur les kystes dermoïdes de l'iris et sur la greffe intrapéritonéale de lambeaux épidermiques.

Je vous propose donc :

1° D'adresser des remerciements aux auteurs des deux mémoires que je viens d'analyser ;

2° D'inscrire leur nom en rang très honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Discussion.

M. LANNELONGUE. Comme l'examen histologique n'a pu démontrer la structure de la peau, il s'agit vraisemblablement d'un kyste mucoïde analogue à ceux que j'ai dit se former par enclavement de la partie profonde de la troisième fente branchiale. Je maintiens que l'objection que m'a faite précédemment M. Quénu est mal justifiée. Δερμα signifie peau, en effet ; on ne doit donc ranger dans la classe des kystes dits dermoïdes que ceux de ces néoplasmes dont la structure procède directement de celle du système tégumentaire.

M. QUÉNU. Quelle que soit la signification primitive du mot Δερμα, en histologie, on donne le nom de derme à la portion du

tégument sous-jacente à l'épithélium. Il existe même certaines muqueuses que leur constitution voisine de la peau a fait nommer dermo-papillaires.

M. LANNELONGUE. A Bichat revient l'honneur d'avoir établi le système cutané; à Lebert, le mérite d'avoir bien défini les kystes dermoïdes, en montrant qu'ils sont formés par la peau et ses dépendances. La série mucoïde répondrait précisément pour le système muqueux, et la série dermoïde pour le système cutané.

M. TRÉLAT. Je trouve parfaitement justifiable l'expression de dermoïde muqueux, car, dans son acception française, derme ne signifie que l'une des parties constituanes de la peau, et non la peau en sa totalité. En somme, l'usage jugera, car les deux opinions peuvent se défendre.

M. KIRMISSON. Les faits de Masse et Chavasse me semblent parfaitement clairs. Rien n'empêche d'admettre que les infundibulums cutanés sacro-coccygiens, décrits depuis longtemps déjà, se puissent transformer en kystes dermoïdes tout aussi bien que le système tégumentaire des fentes branchiales.

Rapport.

Hernie étranglée, par M. MARTINET.

Rapport par M. TH. ANGER.

M. le Dr Martinet nous a envoyé l'observation d'une femme de 58 ans, atteinte d'une hernie crurale étranglée depuis quatre jours. Il trouva le sac gangrené et contenant un liquide brunâtre, nauséabond. L'intestin était recouvert de fausses membranes adhérentes, ecchymosées, qui l'empêchaient de s'affaisser, quoiqu'il fût perforé et son contenu évacué.

La mortification de la hernie proprement dite s'étendait jusqu'à l'insertion du mésentère, dont l'intestin fut détaché avec la plus grande facilité.

10 à 12 centimètres de l'intestin grêle furent réséqués, et les deux bouts réunis par la suture de Gély; l'anneau fut débridé, agrandi avec le doigt, et la réduction de l'intestin faite sans trop violenter la suture. Au moment où l'intestin rentra dans la cavité abdominale, un flot de liquide brunâtre, d'odeur fécaloïde, semblable à celui que contenait le sac, s'échappa par l'ouverture herniaire. Après une irrigation sommaire à l'eau phéniquée, la plaie non fermée fut recouverte d'un gâteau de ouate phéniquée.

Les suites de cette opération furent d'abord bénignes : le lendemain, les vomissements ont cessé, et une selle est survenue dans la soirée. Pendant plusieurs jours, le pansement est souillé par l'écoulement du liquide fétide qui s'échappe à travers la plaie.

Le troisième jour, à l'occasion d'une nouvelle garde-robe, quelques gaz firent irruption par la plaie et s'accompagnèrent d'une petite quantité de matières intestinales. Le vingt-deuxième jour, la plaie est fermée et la malade se lève.

Mais bientôt elle est prise d'un grand frisson suivi de fièvre : une énorme tuméfaction se manifeste dans la région de l'omoplate et exige une incision qui donne issue à une grande quantité de pus et de lambeaux de tissu cellulaire sphacélé.

Au moment où cette complication tend à s'améliorer, une autre collection purulente apparaît dans la région trochantérienne. Ces deux foyers, convenablement traités, se cicatrisent.

Au milieu d'octobre, la guérison est complète.

M. Martinet fait suivre cette courte observation d'un résumé de ses résultats d'opérations de hernies étranglées. Je n'y vois rien à noter. Le seul point qui me semble intéressant dans cette observation est le suivant : lorsque la hernie fut réduite et que l'orifice par lequel elle s'était réduite fut libre, il s'échappa de l'abdomen un flot de liquide noirâtre, nauséux, *semblable à celui que contenait le sac herniaire* au moment de son ouverture.

Plusieurs fois le même fait s'est produit sous mes yeux, alors même que l'intestin n'était pas manifestement gangrené. L'an dernier, j'opérais dans mon service, à l'hôpital Cochin, une hernie inguinale étranglée depuis cinquante-huit heures. Le sac contenait une sérosité sanguinolente ; l'intestin était extrêmement congestionné, mais non sphacélé. Comme dans le cas de M. Martinet, il s'était écoulé une notable quantité de sérosité noirâtre au moment de l'ouverture du sac. Après débridement et réduction, je vis sortir par l'anneau un flot de liquide noirâtre. Pensant que ce liquide provenait du sac, qu'il avait été refoulé dans l'abdomen pendant les efforts de taxis, je fis un lavage à l'eau distillée chaude de la partie du péritoine qui avoisinait l'anneau, et ce ne fut qu'après un nettoyage minutieux que je fermai l'abdomen.

M. Martinet, n'ayant à sa disposition qu'une quantité trop peu considérable de solution antiseptique pour nettoyer le péritoine, a pris le parti de laisser béante l'ouverture abdominale, et en cela il a agi sagement, car les jours suivants la sérosité continua de s'écouler en abondance, et il n'est pas douteux que sa rétention dans l'abdomen n'eût amené une péritonite mortelle.

D'où provient cette sérosité ? La réponse pour moi n'est pas douteuse ; elle est le résultat des manipulations qui s'exercent

pendant le taxis. Cette question du taxis dans les hernies me semble digne d'être traitée à nouveau par les membres de la Société de chirurgie.

Que de fois ne rencontrons-nous pas, chez les hernieux que nous opérons, une infiltration sanguine de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané et de l'anse intestinale elle-même, toutes lésions dues à la malaxation exagérée de la hernie. Si quelques praticiens sont prudents, combien ne le sont pas et déploient une violence outrée dans leurs tentatives de réduction ! Les lésions ainsi produites par le taxis placent le malade dans de mauvaises conditions pour subir l'opération. Puisque la cure radicale des hernies est entrée dans la pratique de la plupart des chirurgiens, il est rationnel d'intervenir dès qu'une hernie s'étrangle. L'opération, faite dès le début, ne comporte plus que de faibles chances d'insuccès, et je suis d'avis que toute hernie qui s'étrangle doit être traitée non par le taxis, mais par l'opération.

Je vous propose d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer son observation dans les archives.

Communication.

M. TRÉLAT lit l'observation complète du malade opéré par lui le 6 février, intitulée :

Anévrysme artério-veineux des vaisseaux poplités.

*Extirpation. Guérison*¹, par M. TRÉLAT.

(Observation recueillie par M. Pierre DELBET.)

Gustave R..., âgé de 23 ans, entre le 18 novembre 1888 à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Trélat (salle Vcl-peau, n° 31).

A l'âge de 14 ans (il y a neuf ans), il essayait de faire jouer la baguette d'un revolver de petit calibre, en appuyant le canon sur la cuisse gauche, lorsqu'un coup partit. La balle pénétra par la face interne de la cuisse à 18 centimètres au-dessus de l'articulation du genou, à peu près exactement sur le trajet de l'artère fémorale ; elle traversa obliquement le creux poplité, et vint se loger sous la peau de la partie externe du mollet. Elle fut immédiatement et facilement extraite. Quinze jours après, lorsque le pansement fut enlevé, le malade remarqua que sa jambe avait augmentée de volume, et qu'elle était sillonnée de grosses veines,

¹ La pièce pathologique a été présentée à la Société dans la séance du 16 janvier 1889.

Néanmoins, il ne tarda pas à reprendre ses occupations habituelles.

Il y a quatre ans, un ulcère se développa sur la face interne de la jambe, et il fallut un mois de repos complet pour en obtenir la cicatrisation. Deux mois plus tard, une phlébite assez intense nécessita un mois de séjour au lit. Enfin un nouvel ulcère apparut il y a trois semaines ; et c'est pour cet ulcère que le malade se présente à la consultation. Il affirme que, depuis longtemps, sa jambe n'augmente plus de volume, mais cependant il a dû abandonner un bas élastique qu'il portait, parce que ce bas était devenu trop étroit.

Tout le membre inférieur est notablement augmenté de volume ; au voisinage du genou, il mesure, en circonférence, environ 7 centimètres de plus que le membre du côté opposé. (A la pointe de la rotule : M G, 40 centimètres ; M D, 33 centimètres. Au milieu de la rotule : M G, 41^{cm},5 ; M D, 34 centimètres. Au-dessus de la rotule : M G, 41 centimètres ; M D., 33 centimètres.) La peau est soulevée par des veines énormes, mais régulièrement dilatées, et très différentes par leur aspect des veines variqueuses ordinaires. Il n'existe pas de troubles trophiques véritables, ni du côté des poils, ni du côté des ongles ; mais la peau présente de nombreuses plaques pigmentaires dont la couleur varie du jaune clair au brun foncé. A la face interne de la partie inférieure de la jambe, on voit une vaste plaque brune, au milieu de laquelle se trouve l'ulcère, large comme une pièce de cinq francs.

Le creux poplité est rempli par une tumeur considérable, qui présente tous les caractères d'un anévrysme artério-veineux. Elle est animée de mouvements d'expansion et de battements ; elle donne au doigt la sensation de thrill ; l'oreille perçoit un souffle intense, continu, à renforcement systolique. Le maximum du souffle se rencontre vers la partie supérieure de la tumeur, du côté de l'anneau du troisième adducteur. Les battements, le thrill et le souffle se prolongent dans toutes les veines de la jambe. On les perçoit facilement dans la saphène interne, au-devant de la malléole interne. En haut, on entend le souffle jusque dans les vaisseaux iliaques. On ne peut sentir le pouls, ni de la tibiale postérieure, ni de la pédieuse. La fémorale au pli de l'aine paraît très dilatée, ses pulsations sont très intenses et appréciables à la vue.

Le malade est mis au repos au lit. Pansement de l'ulcère, compression oustée de tout le membre.

Au bout d'une quinzaine de jours, l'ulcère est cicatrisé, le membre dégorgé, et on peut alors facilement circonscrire la tumeur,

On constate que vers le bas, elle déborde un peu le niveau de l'interligne articulaire ; en haut, elle s'étend jusqu'à l'anneau du troisième adducteur. De son extrémité supérieure à son extrémité inférieure, elle mesure 12 centimètres. Transversalement, elle occupe toute la largeur du creux poplité et mesure 10 centimètres.

La température du membre malade est plus élevée que celle du membre sain de 3°,5 à 5 degrés. Les mensurations ont été faites à plusieurs reprises et dans toutes les positions.

M. Trélat, en raison de la grandeur du sac, de sa minceur apparente, de la probabilité de collatérales s'ouvrant directement dans son intérieur

se décide à pratiquer la double ligature et, si elle présente la moindre difficulté, l'extirpation du sac.

Opération, le 12 janvier 1889. — Le malade étant chloroformé, la bande d'Esmarch appliquée, M. Trélat fait une incision de 15 centimètres, légèrement oblique, de haut en bas et de dedans en dehors, qui commence à l'anneau du troisième adducteur, et se termine sur l'interstice des muscles jumeaux.

L'aponévrose incisée, les nerfs sciatiques poplités apparaissent. M. Trélat libère le bord interne du sciatique poplité interne, et tous les nerfs sont doucement réclinés en dehors avec le plan celluleux qui les contient. La tumeur apparaît. M. Trélat se met alors à la recherche du pédicule inférieur de la tumeur. Il faut d'abord disséquer un petit diverticule du sac, qui pénètre entre le jumeau interne et le demi-membraneux. Cela fait, on arrive facilement sur le pédicule inférieur. On voit la veine volumineuse s'insinuer entre les deux jumeaux, mais il est impossible de découvrir l'artère. On jette un fil sur le pédicule. M. Trélat cherche alors le bout supérieur des vaisseaux; il faut pour le trouver remonter jusqu'au canal de Hunter. Le creux poplité étant rempli par la tumeur, il était difficile de dégager le pédicule pour le lier. En outre, on ne pouvait laisser un sac aussi volumineux compris entre deux ligatures aussi éloignées, c'était singulièrement s'exposer à la récidence. M. Trélat se décide alors à pratiquer l'extirpation. Le bord interne, puis le bord externe de la tumeur sont successivement disséqués. Il fallut couper entre deux pinces plusieurs veines volumineuses. Puis le pédicule inférieur étant sectionné, on dissèque la face antérieure profonde de la tumeur, de bas en haut. Les vaisseaux sont pincés à mesure qu'on les rencontre, et on arrive sans difficulté à l'extrémité supérieure de la tumeur; on peut alors facilement distinguer l'artère de la veine. Les deux vaisseaux sont liés séparément; il ne reste plus qu'à les couper pour enlever le sac. Toute la poche a été ainsi facilement extirpée sans avoir été ouverte.

La bande d'Esmarch enlevée, on fait l'hémostase. Ce temps de l'opération est long et délicat, mais nullement difficile. Presque tous les vaisseaux avaient été pincés au cours de l'opération, il a suffi de les lier. Une seule artère a donné un peu de peine; elle s'engageait dans la capsule articulaire, et il fut assez difficile de la pincer et de la lier.

L'hémostase soigneusement faite, on suture toute la plaie. Un seul drain fut placé debout; il sortait entre deux points, vers le milieu de la ligne de suture.

Pansement à l'iodoforme. Enveloppement de tout le membre qui est entouré de boules d'eau chaude. Les suites furent très simples. La circulation s'est facilement rétablie dans le membre inférieur, et il n'y a jamais eu la moindre menace de ce côté. Deux heures après l'opération, la température du pied était à 31°,4. Le soir elle était à 37°,3. Ensuite, tant que le membre est resté enveloppé, elle a varié de quelques dixièmes de degrés, entre 37 et 38°.

L'état général du malade n'a jamais rien présenté d'inquiétant. Le lendemain de l'opération, entrées du dimanche, il eut une grande élé-

vation de température, (39°,4 le soir). Le surlendemain, la température était redescendue à 37°,6 et elle n'a jamais dépassé ce chiffre dans la suite.

Seulement, jusqu'au premier pansement, le malade a eu plusieurs crises extrêmement douloureuses, qui étaient dues sans doute au froissement du nerf par le drain.

16 janvier (1^{er} pansement). Ablation des fils. La plaie est réunie. Ablation du drain. On met à sa place une petite mèche de gaz iodoformée, qui ne pénètre guère que d'un centimètre.

27 janvier (2^e pansement). Le malade peut être considéré comme guéri. Il ne reste qu'une petite ulcération à la place du drain.

11 février. Le malade commence à marcher. Les mouvements du genou se font avec facilité. Mais l'extension ne peut pas encore être portée jusqu'à la rectitude absolue. Il s'en faut de quelques degrés.

20 février. Le malade marche depuis plusieurs jours. Il a recouvré tous ses mouvements et est complètement guéri sous tous les rapports. — Le soir, après la marche, très léger degré d'œdème. Les veines du membre inférieur ont toutes perdu le volume qu'elles avaient à l'entrée du malade. Le canal dans lequel reposait chaque veine reste large, tandis que la veine s'est rétrécie. Le malade portera pendant quelque temps un bas élastique peu serré. — Il quitte aujourd'hui l'hôpital.

Examen de la pièce. — Le sac présente la forme d'un cœur de carte à jouer dont la pointe serait tournée en haut. Il mesure 11 centimètres dans son grand diamètre vertical, 10 centimètres dans son grand diamètre horizontal. A sa partie inférieure et interne, on voit le petit diverticule qui s'insinuait entre les muscles jumeau interne et demi-membraneux.

La veine poplitée pénètre dans sa partie élevée; elle mesure 13 millimètres de diamètre. Elle sort du sac à sa partie inférieure et ne mesure plus en ce point que 10 millimètres. La section a porté juste au-dessous d'une valvule qui avait été forcée. Quand on regarde le sac par sa partie antérieure, on voit l'artère pénétrer dans son épaisseur, tout en haut, tout près de la veine et ressortir tout en bas. Mais en réalité la communication avec le sac ne se fait pas sur une aussi grande étendue. En étudiant la position avec plus de soin, on constate que le bout supérieur de l'artère s'ouvre dans le sac à deux centimètres au-dessous de la partie la plus élevée. Le bout inférieur en ressort 17 millimètres plus bas, mais l'artère ne redevient pas immédiatement libre, elle chemine dans l'épaisseur de la paroi du sac sur une étendue de 65 millimètres et ne devient indépendante qu'à la partie inférieure de l'anévrysme. En somme l'orifice de communication de l'artère avec le sac mesure 17 millimètres de long, mais l'artère est confondue avec le sac et absolument impossible à disséquer sur une étendue de 65 millimètres. De plus, cette artère qui avait paru très augmentée de volume, est au contraire très rétrécie. Son bout supérieur, aussi bien que son bout inférieur, ne mesure plus que 3 millimètres de diamètre.

La face interne du sac n'est pas revêtue de caillots. Il en existait seulement une mince couche d'environ un centimètre d'épaisseur dans le diverticule inférieur, dont j'ai parlé.

La paroi du sac est très souple, mais elle est épaisse et résistante; elle mesure en épaisseur de 2 à 3 millimètres. Il est impossible de la déchirer, elle est aussi difficile à couper qu'un morceau de cuir. Elle présente de nombreuses plaques d'athérome qui font saillie sur sa face interne. Les unes ont la consistance du tissu fibreux, les autres sont absolument calcifiées. Enfin on distingue facilement, sur la paroi antérieure, profonde, articulaire du sac, l'orifice des sept artérioles qu'il a fallu lier au cours de l'opération. Chacune de ces artérioles est à peu près du volume d'une collatérale des doigts.

Pour la face interne, on ne peut distinguer l'orifice de ces vaisseaux, qu'après y avoir fait passer un stylet de dehors en dedans.

Discussion.

M. RECLUS. Je veux bien accepter la modification aux conclusions de mon mémoire que propose M. Trélat. Je tiens cependant à affirmer que dans le cas qui n'est commun avec M. Verneuil, l'incision simple du sac n'eût présenté aucun inconvénient. Lorsque le sac des anévrysmes artério-veineux se développe aux dépens des parois de la veine, il reste souple, et peut revenir sur lui-même, et c'était le cas dans l'espèce. Si, au contraire, il présente des indurations, des incrustations calcaires, l'extirpation rendue plus facile doit être préférée.

M. TRÉLAT. Je suis d'avis que si on adoptait résolument la double ligature et l'extirpation, la guérison serait plus facile et s'obtiendrait plus simplement.

Communication.

Statistique des opérations faites à l'hôpital Bichat pendant l'année 1888.

Par M. TERRIER.

Comme d'ordinaire, Messieurs, j'ai l'honneur de vous soumettre ma statistique des opérations faites dans mon service de chirurgie de l'hôpital Bichat, soit par moi, soit par mon ami et collègue M. le Dr Quénu, pendant l'année 1888.

Depuis cette année, aux précautions antiseptiques rigoureuses que j'avais l'habitude de prendre, j'ai cru devoir opérer avec des instruments rendus aseptiques par la stérilisation à la chaleur, d'après le *modus faciendi* indiqué par mon élève et ami M. le Dr Poupinel dans la *Revue de Chirurgie* de 1888¹.

¹ N° 8, p. 669.

Cette manière de faire, d'ailleurs très pratique et très simple, puisque la température de l'étuve à stérilisation est facile à régler, m'a donné d'excellents résultats, en particulier dans les opérations pratiquées sur l'abdomen et intéressant le péritoine. Nous reviendrons sur ce point ultérieurement.

1° Opérations pratiquées sur les yeux et les paupières
(27 opérations).

- 9 cataractes; 6 succès opératoires et pour la vision, 1 amélioration après iridectomie, 2 visions incomplètes (cataracte glaucomateuse double chez une femme de 75 ans).
- 2 iridectomies; 1 succès, 1 amélioration (glaucome aigu).
- 8 ablations du globe; 8 guérisons.
- 1 opération de Sœmisch; 1 guérison.
- 2 strabismes (ténotomie); 2 guérisons.
- 1 extirpation de bulbes ciliaires (trichiasis); 1 guérison.
- 1 entropion. Ligatures multiples; 1 amélioration très marquée.
- 2 kystes dermoïdes du sourcil. Extirpation; 2 guérisons.
- 1 cancroïde des paupières. Ablation et autoplastie; 1 guérison.

2° Opérations pratiquées sur la tête et la face
(21 opérations).

- 2 épithéliomas de la langue. Ablation totale (voie sus-hyoïdienne); 1 guérison, 1 mort, deux jours après de septicémie probable.
- 1 épithélioma de la langue. Ablation partielle; 1 guérison.
- 1 tuberculose linguale. Ablation partielle; 1 guérison.
- 1 épithélioma de l'amygdale. Ablation; 1 guérison.
- 1 lymphadénome de l'amygdale. Ablation; 1 guérison.
- 2 épulis. Excision et cautérisation; 2 guérisons.
- 1 opération de Wilde. Incision; 1 amélioration.
- 1 séquestre du maxillaire inférieur. Ablation; 1 guérison.
- 1 tumeur érectile de la lèvre inférieure. Ablation; 1 guérison.
- 2 cancroïdes des lèvres. Ablation; 2 guérisons.
- 2 cancroïdes de la face. Ablation; 2 guérisons.
- 1 lupus des lèvres. Ablation et autoplastie; 1 guérison.
- 1 kyste dermoïde de la tête. Ablation; 1 guérison.
- 1 fibrome de la nuque. Ablation; 1 guérison.
- 1 trépanation. Compression cérébrale par épanchement sanguin (balle de revolver); 1 guérison opératoire, mort un mois après d'encéphalo-méningite.
- 1 anévrysme cirsoïde du cuir chevelu. Ablation; 1 guérison.
- 1 anévrysme artério-veineux du cuir chevelu. Ablation; 1 guérison.

3° Opérations pratiquées sur le cou (12 opérations).

- 1 trachéotomie ; 1 guérison.
- 1 tumeur de la glande sous-maxillaire. Ablation ; 1 guérison.
- 1 goitre kystique. Ablation ; 1 guérison.
- 1 épithélioma du cou. Ablation et curage de la région carotidienne ; 1 guérison.
- 1 lympho-sarcome du cou. Ablation ; 1 guérison.
- 4 ganglions tuberculeux. Ablation ; 2 guérisons, 2 améliorations.
- 2 adénites suppurées. Grattage ; 2 guérisons.
- 1 lipome de la nuque. Ablation ; 1 guérison.

4° Opérations pratiquées sur le thorax et le sein (24 opérations).

- 2 abcès froids de la paroi thoracique. Grattage ; 1 guérison, 1 fistule persistante.
- 1 gomme tuberculeuse de la paroi. Ablation ; 1 guérison.
- 2 lipomes de la paroi. Ablation ; 2 guérisons.
- 1 lipome de la paroi, de l'aisselle et du bras. Ablation ; 1 guérison.
- 1 lipome du dos. Ablation ; 1 guérison.
- 1 fibrome ? cutané. Ablation ; 1 guérison.
- 1 pleurésie purulente. Empyème ; 1 mort douze jours après l'opération par les progrès d'une tuberculose avancée.
- 1 pleurésie purulente. Empyème puis opération d'Estlander ;
1 suicide par strangulation, quatorze jours après l'opération.
- 14 tumeurs malignes du sein ; 14 guérisons.

5° Opérations pratiquées sur l'abdomen et l'intestin (78 opérations).

- 1 laparotomie pour étranglement interne ; 1 mort deux jours après d'épuisement¹.
- 1 laparotomie exploratrice pour cancer du foie ou du péritoine ;
1 guérison.
- 1 laparotomie exploratrice pour cancer du duodénum ; 1 mort
cinq jours après avec des vomissements incoercibles, péritonite probable.
- 1 laparotomie pour papillomes péritonéaux ; 1 guérison.
- 2 laparotomies pour péritonite enkystée ; 2 guérisons.
- 1 cholecystotomie ; 1 guérison.
- 1 abcès de la vésicule biliaire et de la paroi thoracique. Ouverture ; mort d'épuisement trois semaines après l'opération.

¹ Opération de M. Quénu (18 avril). Il s'agit d'une femme dont l'intestin grêle était étranglé par une bride partant de l'utérus gravide.

- 1 gastrostomie pour cancer de l'œsophage (Nélaton); 1 mort de cachexie deux jours après.
- 1 kyste hydatique suppuré de la rate. Incision et résection de 2 côtes; 1 guérison.
- 2 kystes hydatiques suppurés du foie. Incision; 1 guérison. 1 en voie de guérison encore à l'hôpital.
- 1 abcès de l'espace pré-vésical. Ouverture et grattage; 1 guérison.
- 3 phlegmons de la fosse iliaque. Incision; 3 guérisons.
- 1 abcès froid de la paroi abdominale. Grattage; 1 guérison.
- 6 hernies inguinales étranglées. Cure radicale; 4 guérisons, plus 1 guérison opératoire. Mort ultérieure (16^{me} jour) d'accidents cardio-pulmonaires. 1 mort d'hémorrhagie par l'épiploon mal lié.
- 3 hernies crurales étranglées. Cure radicale; 2 guérisons. 1 mort de péritonite (2^e jour).
- 1 anus contre nature pour hernie crurale étranglée; 1 mort quelques heures après l'opération faite *in extremis* (M. Jalaguier).
- 5 hernies ombilicales non étranglées. Cure radicale; 5 guérisons.
- 12 hernies inguinales non étranglées. Cure radicale; 12 guérisons.
- 2 hernies crurales non étranglées. Cure radicale; 2 guérisons.
- 20 fistules anales (incision et cautérisation); 13 guérisons, 7 améliorations au moment de la sortie des malades.
- 6 hémorroïdes (ligature et incision); 6 guérisons.
- 1 hémorroïdes (procédé de Richet); 1 guérison.
- 3 fissures anales. Dilatation; 2 guérisons.
- 1 végétation anale. Excision; 1 guérison.
- 1 résection du rectum pour épithélioma circulaire; 1 guérison.

*6^e Opérations pratiquées sur les organes génitaux
de la femme (85 opérations).*

- 6 salpingites. Ablation; 5 guérisons, 1 mort quelques heures après l'opération, choc?
- 1 opération de Battey pour fibromes; 1 guérison.
- 5 hystérectomies abdominales pour fibromes; 4 guérisons, 1 en voie de guérison dans le service.
- 1 hystéro-ovariotomie pour fibrome du ligament large; 1 mort le cinquième jour d'urémie.
- 1 hystéro-ovariotomie pour fibrome de l'utérus et kyste de l'ovaire; 1 guérison.
- 22 kystes de l'ovaire; 20 guérisons, 2 morts: l'une six semaines après, de cachexie; l'autre, deux jours après, d'urémie et de choc.
- 4 hystérectomies vaginales; 4 guérisons.

- 1 kyste hydatique suppuré de l'épiploon des ovaires et des trompes ;
1 guérison.
- 7 épithéliomas du col. Grattage ; 7 améliorations.
- 1 — — Grattage et amputation du col ; 1 guérison.
- 2 polypes fibreux de l'utérus. Ablation ; 2 guérisons.
- 3 fibromes intra-utérins. Enucléation ; 2 guérisons, 1 mort de
septicémie trois semaines après l'opération (fibrome spha-
célé).
- 1 atrésie du col. Incision et amputation partielle ; 1 guérison.
- 5 endométrites. Grattage ; 5 guérisons.
- 16 métrites et hypertrophies du col. Grattage et amputation du col ;
16 guérisons.
- 1 hypertrophie du col. Amputation ; 1 guérison.
- 1 colporrhaphie antérieure ; 1 guérison.
- 1 colpô-périnéorrhaphie pour prolapsus ; 1 guérison.
- 1 hystéropexie pour prolapsus ; 1 guérison.
- 1 hystéropexie et ablation d'une trompe pour prolapsus ; 1 gué-
rison.
- 2 hystéropexies pour rétroversion et rétroflexion ; 2 guérisons.
- 1 épithélioma de la grande lèvre. Ablation ; 1 guérison.

7° Opérations faites sur les voies génitales de l'homme
(20 opérations).

- 2 paraphimosis. Débridement ; 2 guérisons.
- 2 phimosis. Circoncision ; 2 guérisons.
- 8 hydrocèles. Résection de la vaginale ; 8 guérisons.
- 2 — Injection iodée ; 2 guérisons.
- 1 hématocele du cordon. Ablation, cure radicale d'une pointe de
hernie et castration ; 1 guérison.
- 3 castrations pour orchite tuberculeuse ; 2 guérisons, 1 mort trente
jours après, de méningite tuberculeuse.
- 1 sarcome du testicule. Castration incomplète ; 1 guérison.
- 1 orchite suppurée tuberculeuse. Incision et grattage 1 guérison
incomplète.

8° Opérations faites sur les voies urinaires
(12 opérations).

- 3 abcès périnéphrétiques. Ouverture et drainage ; 2 guérisons,
1 fistule persistante.
- 1 sarcome du rein. Néphrectomie ; 1 guérison.
- 1 papillome vésical. Taille sus-pubienne ; 1 mort d'urémie, douze
jours après.
- 3 uréthrotomies externes ; 1 guérison, 2 fistules en voie de guérison.

- 3 uréthrotomies internes ; 2 guérisons, 1 mort d'accident urémique, quinze jours après.
1 fistule vésico-vaginale datant de 25 ans ; 1 guérison.

9° *Opérations faites sur le membre supérieur*
(21 opérations).

- 2 lipomes de l'aisselle. Ablation ; 2 guérisons.
1 sarcome de l'épaule. Ablation ; 1 guérison.
1 fibrome cutané de l'aisselle. Ablation ; 1 guérison.
2 abcès de l'aisselle. Grattage ; 2 guérisons.
1 ligature de l'humérale profonde ; 1 guérison.
1 suture du nerf médian au pli du coude ; 1 résultat nul.
1 suture du nerf médian au poignet ; 1 retour de la sensibilité mais consécutivement atrophie de l'éminence thénar.
2 amputations de l'avant-bras ; 2 guérisons.
1 synovite tuberculeuse des extenseurs. Grattage ; 1 guérison.
1 sarcome de l'éminence thénar. Ablation ; 1 guérison.
1 résection du coude ; 1 guérison.
1 résection trochléiforme du coude ; 1 guérison, résultat incomplet.
4 amputations des doigts ; 4 guérisons.
1 kyste synovial de la bourse séreuse d'insertion du tendon du biceps. Ablation ; 1 guérison.
1 suture des tendons fléchisseurs. Ligature de l'artère cubitale ; 1 guérison.

10° *Opérations pratiquées sur le membre inférieur*
(57 opérations).

- 2 sacro-coxalgie. Grattage ; 2 améliorations.
2 amputations de cuisse pour tumeur blanche du genou ; 2 guérisons.
1 Amputation de cuisse pour arthrite puerpérale suppurée du genou ; 1 guérison.
1 évidement du fémur. Ostéite tuberculeuse ; 1 guérison.
1 résection du grand trochanter. Ostéite tuberculeuse ; 1 guérison.
1 ligature de l'artère fémorale pour plaie avec anévrysme diffus ; 1 mort trois semaines après l'opération de phlegmon diffus gangréneux.
1 ligature de la veine fémorale. Plaie ; 1 mort de l'hémorrhagie antérieure à la ligature quelques heures après l'opération.
1 kyste hydatique des muscles adducteurs de la cuisse. Ablation ; 1 guérison.
2 adénites inguinales. Grattage ; 2 guérisons.
2 hygromas suppurés de la cuisse. Grattage ; 2 guérisons.

- 2 abcès froid de la cuisse. Grattage ; 2 guérisons.
- 1 résection du genou pour tumeur blanche ; 1 guérison.
- 2 — — pour arthrite suppurée ; 1 en voie de guérison,
1 mort le soir de l'opération, de choc ?
- 1 lipome intra-articulaire du genou arthrotomie. Excision ; 1 guérison.
- 1 évidemment du condyle interne du fémur et grattage (tuberculeuse) ; 1 amélioration.
- 4 hygromas prérotuliens. Ablation ; 4 guérisons.
- 1 adénite du creux poplité. Ablation ; 1 guérison.
- 1 sarcome du creux poplité. Ablation ; 1 guérison.
- 2 tuberculoses des bourses séreuses prérotuliennes. Grattage ;
1 guérison, 1 guérison incomplète.
- 1 résection du tibia (fracture compliquée) ; 1 guérison.
- 1 — — et suture osseuse (fracture compliquée) ;
guérison.
- 1 ligature de la tibiale postérieure ; 1 guérison.
- 1 ligature de la tibiale antérieure. Suture du jambier antérieur et
de l'extenseur commun ; 1 guérison.
- 1 amputation de la jambe au tiers inférieur ; 1 guérison.
- 1 amputation sus-malléolaire ; 1 guérison.
- 1 évidemment de la malléole externe ; 1 en voie de guérison.
- 2 ostéites des os du tarse. Grattage ; 1 guérison, 1 amélioration.
1 ténotomie du tendon d'Achille ; 1 guérison.
- 1 extirpation de l'astragale pour pied bot ; 1 guérison.
- 1 amputation du gros orteil ; 1 guérison.
- 1 résection du 1^{er} métatarsien ; 1 guérison.
- 2 cors plantaires. Ablation ; 2 guérisons.
- 1 orteil en marteau. Résection ; 1 guérison.
- 9 ongles incarnés ; 9 guérisons.
- 2 exostoses sous-unguéale ; 2 guérisons.

Ces 357 opérations nous donnent en bloc 23 décès ou plutôt 22, car un des malades sur lequel j'avais fait une opération d'Estlander et qui allait fort bien, s'est suicidé au 14^e jour (soit 6,17 0/0).

Voyons la cause de ces divers décès et surtout leur date par rapport à l'opération.

Dans les opérations faites sur la tête et la face, nous avons deux insuccès : l'un, après ablation totale de la langue, la malade est morte deux jours après de septicémie, probablement ; l'autre malade, avait une balle et une esquille logée profondément dans le cerveau, elle fut trépanée pour remédier aux accidents épileptiformes, ceux-ci furent en effet arrêtés, et la mort n'eut lieu qu'un

mois après l'opération d'encéphalo-méningite. Il est difficile d'incriminer ici l'intervention qui a été au contraire très efficace, en faisant cesser les accidents épileptiformes.

Parmi les opérations faites sur le thorax, nous avons deux décès : l'un, notre opéré qui s'est suicidé, nous ne pouvons le compter ; l'autre, chez un opéré d'empyème à la dernière période de la tuberculose, il mourut douze jours après l'opération ; de ces accidents tuberculeux, on ne peut donc encore incriminer l'opération.

Comme on doit s'y attendre, les opérations pratiquées sur l'abdomen et l'intestin, ont donné une mortalité de 8 sur 78 opérations.

1° La laparotomie par étranglement interne chez une femme enceinte, morte d'épuisement au bout de 2 jours (Quénu).

2° La laparotomie exploratrice pour cancer inopérable du duodème, mort au cinquième jour, avec vomissements incurables, peut-être de péritonite (Terrier).

3° Ouverture d'abcès de la paroi thoraco-abdominale, avec fistule biliaire (Terrier) ; la malade meurt épuisée, 3 semaines après ; l'opération ne peut donc être incriminée dans l'espèce ;

4° Gastrostomie pour cancer œsophagien (Nélaton) chez un sujet cachectique ; mort deux jours après, épuisé.

5° Hernie inguinale étranglée ; la guérison opératoire était parfaite quand la mort survint, au seizième jour, d'accidents cardiopulmonaires. Ici, encore, l'opération ne peut être regardée comme cause de la mort ;

6° Mort d'hémorrhagie par l'épiploon après l'opération d'une hernie inguinale étranglée ;

7° Hernie crurale étranglée ; péritonite au 2° jour et mort ;

8° Anus contre nature fait pour une hernie crurale étranglée ; mort, quelques heures après l'opération pratiquée *in extremis* (Jalaguier).

En fait, sur 8 cas de mort, 5 au plus sont imputables à l'intervention, et 2 sur ces 5 morts sont dues à des accidents péritonitiques par conséquent septiques.

Les 85 opérations faites sur les organes génitaux de la femme, ne nous ont donné que 5 morts :

1° Salpingite double ; morte de choc opératoire ;

2° Hystéro-ovariotomie ; morte au 5° jour d'urémie ;

3° Ovariectomie pour kyste suppuré, est morte de cachexie, 6 semaines après l'opération (Quénu).

4° Kyste ovarique au 2° jour d'urémie (Quénu) ;

5° Fibrome intra-utérin opéré par résection puis infecté et gangréné, en ville ; rentrée à l'hôpital, il n'a pu être désinfecté et la malade est morte de septicémie chronique.

De ces 5 décès, 3 seulement sont imputables à l'acte opératoire ;

car la malade de Quénu était guérie depuis longtemps (6 semaines) lorsqu'elle est morte de cachexie, et celle qui a succombé à la septicémie par gangrène d'un fibrome s'était infectée en ville.

Dans les opérations pratiquées sur les voies génito-urinaires de l'homme, nous avons à regretter 3 décès :

Un opéré de castration pour tuberculose testiculaire, est mort un mois après — tout à fait guéri de son opération — d'accidents méningitiques tuberculeux. Un autre opéré de tumeur vésicale a succombé à des accidents urémiques au 12^e jour. Enfin, un 3^e malade est aussi mort d'accidents urémiques, 15 jours après une uréthrotomie interne.

Il est évident que l'opéré de castration est mort de la continuation de ses accidents tuberculeux et que l'intervention avait été suivie d'un succès opératoire complet.

Quant aux deux autres morts elles peuvent être aussi bien attribuées aux accidents rénaux dus à la lésion des voies urinaires, qu'à l'intervention chirurgicale elle-même, car dans l'un et l'autre cas, les accidents urémiques sont survenus assez tardivement. Toutefois je les compte parmi les morts post opératoires.

Trois décès résultent d'intervention sur le membre inférieur :

1^o Un malade sur lequel je fis la ligature de la fémorale pour un anévrysme diffus, suite de plaie, mourut au bout de 3 semaines, de phlegmon diffus gangréneux. Cet homme, absolument indocile et inintelligent, enlevait son pansement et lui substituait son mouchoir sale.

2^o Un sujet exsangue, après une plaie de la veine fémorale, mourut quelques heures après la ligature de ce vaisseau.

3^o Enfin, une résection du genou pour arthrite suppurée, mourut le soir de l'opération par choc traumatique.

On voit que deux seulement de ces morts peuvent être rapportées au traumatisme chirurgical, la 1^{re} et la 3^e.

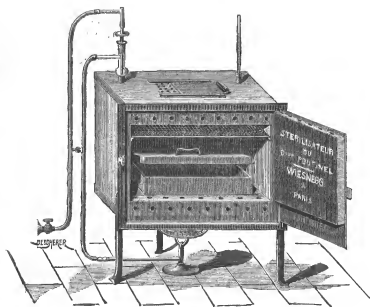
En fait, après discussion de ces divers cas, on arrive à une mortalité opératoire de 13 sur 357 opérations; ce qui fait un peu moins de 4 0/0 (3,65).

En outre, sur ces 13 décès, nous ne trouvons que 5 décès attribuables à des accidents septiques consécutifs au traumatisme chirurgical : 2 septicémies, l'une probable, l'autre certaine (ablation de la langue, fibrome utérin); 2 péritonites (laparotomie exploratrice, hernie crurale étranglée); un phlegmon diffus gangréneux (ligature de la fémorale pour anévrysme). Dans ce dernier cas, les accidents septiques furent tels que l'autopsie du malade déterminait des accidents graves, locaux et généraux, à l'un des externes du service, mon élève et ami M. Mignot, qui ne s'était pas préoccupé d'écorchures qu'il avait aux mains.

Soit 1,4 0/0 d'accidents septiques. Enfin, je ferai remarquer que je n'ai observé ni érysipèle traumatique, ni tétanos, quoique nombre de nos blessés l'aient été par des chevaux.

En terminant, je me permets d'attirer votre attention sur l'appareil qui me sert à la stérilisation par la chaleur sèche, le stérilisateur du D^r Poupinel.

Cet appareil en cuivre rouge, muni d'un thermomètre et d'un régulateur à mercure, est à double paroi, de façon à utiliser à maximum toute la chaleur produite par le foyer à gaz. Les instruments, qui doivent être entièrement métalliques et nickelés, si c'est possible, y sont soumis pendant 45 minutes à la température



de 180-200°. L'étuve demandant environ 15 minutes pour atteindre cette température, c'est environ 1 heure que nécessite la stérilisation des instruments. Ceux-ci sont placés dans une boîte métallique que l'on ferme à l'aide d'un couvercle de ouate stérilisée, lorsque le temps d'exposition à la chaleur est écoulé. Ils peuvent ainsi attendre fort longtemps que le moment d'être utilisé soit venu.

Cet appareil fonctionne à notre entière satisfaction, depuis le commencement de 1888, dans notre service de l'hôpital Bichat. La surveillance qu'il nécessite est pour ainsi dire nulle et peut être confiée aux surveillantes et sous-surveillantes.

Discussion.

M. TERRILLON. Depuis ma communication d'il y a deux ans, constatant l'amélioration de mes résultats, M. Terrier a mis à profit la méthode de stérilisation des instruments.

Je ne prétends point critiquer le procédé qu'il préconise et que je trouve bon ; mais celui des ébullitions successives dont je me sers (ébullition de 10 minutes répétée 2 fois à 3 ou 4 jours d'intervalle) est peut-être plus pratique tout en conduisant au même but, ainsi que me l'affirmaient récemment, les distingués bactériologistes du laboratoire de M. Pasteur.

Le reproche que j'adresserai au système de M. Terrier, c'est qu'il nécessite une installation et un outillage tout spéciaux.

Je considère, en tout cas, que ces procédés sont bien supérieurs à la stérilisation par simple immersion dans l'eau phéniquée.

M. CHAMPIONNIÈRE. J'ai employé depuis longtemps et emploie toujours, l'ancienne méthode de stérilisation des instruments par immersion, et je suis convaincu que mes résultats n'ont rien à envier à ceux de mes collègues. L'amélioration de leurs statistiques, comme l'ont constaté et affirmé déjà, Lawson, Tait et Spencer Wells, ils la doivent bien plus à l'expérience acquise qu'aux modifications des méthodes de l'antisepsie.

Il vaut bien mieux, en tout cas, simplifier ses procédés que les compliquer.

Il n'y a que deux instruments pour lesquels je ne me contente pas de l'immersion : ce sont les pinces et l'aiguille de Reverdin. Les premières, je les flambe ; l'aiguille est nettoyée et désinfectée à l'aide du chloroforme, que tous considèrent comme un puissant antiseptique.

La stérilisation par la chaleur aura peut-être cet inconvénient, que l'on s'imaginera pouvoir se passer à cause d'elle d'un nettoyage sérieux des instruments. Pour ma part je redouterai toujours l'action nocive des malpropretés, eussent-elles été soumises à des températures élevées. Jusqu'à plus ample expérience, je m'en tiens donc à ma manière de procéder.

M. TERRILLON. Nous exigeons, comme M. Championnière, un nettoyage parfait des instruments ; nous prenons une précaution en plus, qui nous donne, pensons-nous, une sécurité plus grande.

M. POLAILLON. Pourquoi conseiller une température de 180°, puisqu'il est prouvé qu'aucune matière organisée ne résiste à 120°.

M. PÉRIER. J'ai été frappé de l'altération des instruments tran-

chants qui ont été chauffés ou bouillis. Aussi ai-je substitué à ces deux procédés la stérilisation de mes bistouris par le naphthol camphré. Un séjour d'un mois dans cet agent n'altère en rien le tranchant des instruments.

M. TERRIER. Je répondrai à M. Championnière que ses procédés m'inspirent la plus grande confiance, et que je lui suis toujours reconnaissant de les avoir reçus de lui. Pourtant, comme il nous arrive de faire des opérations de plus en plus risquées, il est naturel que nous perfectionnions, autant qu'il est en nous, les procédés de l'asepsie et de l'antisepsie. Je ne me borne point à l'usage de la seule méthode aseptique, employée, avec succès pourtant, par Bantok, à Samaritan Hospital. Ce chirurgien en est arrivé à repousser les solutions antiseptiques et les fils préparés au bichlorure de mercure, dans la crainte que ces agents n'amènent des irritations trop vives du péritoine.

M. Terrillon et moi combinons les deux méthodes, et nos malades n'ont point à s'en plaindre. Nous ne différons que par la préférence que nous accordons à certains procédés, mais qui tous conduisent à des résultats identiques. Je n'emploie des températures aussi élevées, 180°, que parce que la chaleur est encore difficile à régler exactement dans l'appareil dont je me sers.

Les dommages que la chaleur fait subir aux bistouris sont bien plutôt le fait du fabricant que de cet agent lui-même. Son seul inconvénient véritable est de rôtir les manches.

Je n'ai aucune expérience encore du naphthol camphré inventé par M. Bouchard.

Communication.

De l'extension continue dans les affections du membre inférieur. Nouvel appareil pour son application,

Par M. le professeur LANNELONGUE.

Messieurs, je n'ai pas le dessein d'insister longuement sur la valeur de l'extension continue dans un certain nombre d'affections des membres ; j'ai montré, dans mon traité de la coxotuberculose, la supériorité de ce moyen dans le traitement de la tuberculose de la hanche (coxalgie des auteurs), et j'en ai fait ressortir l'importance dans le mal de Pott.

Vous savez aussi bien que moi que les fractures de la cuisse sont aujourd'hui traitées ordinairement par cette méthode. Depuis plusieurs années je l'ai appliquée au traitement de la tuberculose

du genou (tumeur blanche de cette articulation) et je m'en suis bien trouvé. Pas plus que pour la hanche, je ne suis, en aucune manière, l'inventeur de la méthode, mais, en France, son application est loin d'être banale, et c'est pour ce motif que je viens aujourd'hui appeler l'attention sur elle. Au surplus, ce qui m'a décidé à vous en parler, c'est principalement le nouvel appareil que j'ai l'honneur de vous présenter, construit par M. Collin sur mes indications, mais avant de le décrire, je tiens à rappeler en peu de mots un des faits les plus concluants des services qu'il m'a rendus.

Il s'agit d'un enfant de 5 ans, soigné, en province, d'une ostéomyélite aiguë du fémur droit. A la suite de cette affection, la maladie se prolongea; il y eut des séquestres qui furent enlevés et, en même temps, comme il est de règle, l'extrémité inférieure du fémur devint le siège d'une hyperostose considérable. Une déformation s'en suivit et, avec le temps, le genou devint anguleux. L'articulation se fléchit et prit une position intermédiaire entre l'extension et la flexion, laissant un angle ouvert en arrière de 135° environ. Impossible d'étendre le membre qu'on pouvait, d'ailleurs, fléchir à angle droit et qui était de plus en plus entraîné dans ce sens, bien que l'enfant ne marchât plus depuis plus de 15 mois, c'est-à-dire depuis le début de sa maladie.

A deux reprises on essaya vainement le redressement complet du membre sous le chloroforme. A chacune de ces séances on obtint un certain degré de redressement, puis on chercha à conserver ce qu'on avait gagné en plaçant l'enfant dans une gouttière plâtrée où il séjourna assez longtemps; mais quand on le laissa remarcher, la flexion reparut progressive, et, en définitive, on n'avait que fort peu obtenu.

C'est dans ces conditions que, rejetant toute idée d'intervention chirurgicale active, j'ai eu recours à l'extension continue faite avec l'appareil que vous avez sous les yeux. Cet appareil a été gardé le jour et la nuit, environ pendant deux mois; il avait redressé le membre entièrement dans l'espace d'une vingtaine de jours, mais il a été prolongé par prudence. Puis, lorsque j'ai laissé marcher l'enfant, j'ai continué l'extension durant la nuit.

Le résultat a été excellent; le genou est aujourd'hui absolument redressé; il possède tous ses mouvements. Il y a maintenant plus de six mois que le résultat est obtenu et confirmé.

Je tiens à dire que, chez un autre petit malade atteint d'ostéoarthrite tuberculeuse du genou, avec flexion légère et douleurs assez vives, j'ai obtenu le redressement et la cessation des douleurs très aisément; l'extension est continuée actuellement et l'affection est en voie de guérison.

Description de l'appareil. — En dehors d'un mécanisme très simple qui sera décrit plus loin, cet appareil offre, comme particularité qui le distingue des autres, une combinaison de l'extension et de la contre-extension telle qu'en produisant l'extension, c'est la contre-extension qui est effectuée si, pour un motif quelconque, l'extension ne peut avoir lieu. Ce qui revient à dire que les deux actions sont solidaires, et que l'une devient le complément de l'autre. En un mot, étant donné une section du membre inférieur sur laquelle on veut exercer l'extension continue, cette extension est toujours obtenue par en haut ou par en bas.

L'appareil se compose :

Premièrement d'une attelle-gouttière sur laquelle le membre inférieur repose par sa face postérieure; cette attelle a la longueur du membre. En haut, elle vient s'appuyer contre l'ischion, en bas, elle se termine par une pédale à angle mobile sur laquelle s'applique le pied.

En réalité, cette attelle a une longueur très variable. On peut la décomposer en deux parties : l'une fixe, l'autre mobile. La partie fixe correspond à la cuisse, la partie mobile reçoit la jambe et le pied. Grâce à un mécanisme et à un artifice des plus ingénieux, la partie mobile peut s'éloigner de la partie fixe dans le même plan horizontal, de telle sorte que ces deux parties s'écartent l'une de l'autre d'une distance qu'on fait varier à volonté. Il en résulte que, si le membre est fixé sur ces attelles, il doit nécessairement subir un déplacement égal à l'écartement des attelles. Non seulement l'appareil est conçu de telle sorte, qu'il est on ne peut plus aisé d'y fixer le membre, mais, de plus, ainsi que nous l'avons dit, l'attelle supérieure vient s'appliquer contre l'ischion, c'est-à-dire contre le tronc; de là cette conséquence que ce second point d'appui établit une fixité beaucoup plus grande et permanente en haut, c'est ce qui constitue la contre-extension. Quant à l'extension continue, elle produira ses effets sur le segment du membre mobile qui doit la subir.

On peut, d'ailleurs, graduer l'extension; la force qui la détermine est un poids variable à volonté.

Pour comprendre le mécanisme de l'allongement et du raccourcissement de l'appareil, on doit concevoir que, dans le mouvement qui se produit, l'une des attelles est fixe et l'autre mobile. L'attelle mobile glisse sur la fixe et s'emboîte de telle manière que les extrémités de l'appareil se rapprochent ou s'éloignent de la distance, que l'on veut.

Les applications chirurgicales de cet appareil me paraissent être très nombreuses. Il est, je crois, très bien conçu pour la tuberculose du genou, c'est-à-dire pour les ostéo-arthrites tuberculeuses de

cette articulation, tant dans la période d'activité de ces affections, que dans les déformations qui en sont la conséquence. Les mauvaises attitudes que laissent après eux le rhumatisme du genou ou les ostéomyélites du fémur et du tibia compliqués d'arthrites du genou, sont dans le même cas ; grâce à la méthode de l'extension et à l'aide de l'appareil précédent qui la réalise, on pourra prévenir ou améliorer les difformités du membre.

Les fractures de cuisse, les fractures de jambe avec chevauchement, celles qui sont compliquées, au sens ordinaire de ce mot, seront, je pense, très bien contenues, réduites dans cet appareil ; on pourra rendre l'immobilisation plus grande, et cela très aisément si la chose est utile.

Enfin, il serait aisé de construire pour le membre supérieur un appareil identique, reposant sur le principe qui a servi à la confection du précédent. C'est ce que se propose de faire M. Collin qui a construit, sur ma demande, l'appareil précédent.

Présentation de malade.

M. KIRMISSON présente un jeune garçon de 14 ans, chez lequel il a pratiqué, le 10 janvier dernier, la *section à ciel ouvert* des deux chefs sternal et claviculaire du sterno-mastoïdien. Cette opération, conseillée par Volkmann, adoptée par Lorenz, Heineke, Billroth, etc., a l'avantage de permettre d'éviter la blessure des gros troncs veineux de la région. Elle permet aussi une section beaucoup plus complète de toutes les brides fibreuses qui maintiennent la tête dans son attitude vicieuse. Par là, le redressement est beaucoup plus promptement obtenu. M. Kirmisson appelle aussi l'attention sur l'appareil de maintien très simple auquel il a eu recours. Une bandelette de diachylon est enroulée autour de la tête ; une seconde bandelette fait le tour du thorax, et les deux sont reliées l'une à l'autre par un tube de caoutchouc. Grâce à cet appareil et au procédé opératoire employé, la guérison de ce torticolis qui datait de l'âge de 18 mois, est aujourd'hui complète.

Lecture.

M. MICHAUX lit une observation de plaie de l'abdomen par balle de revolver. (M. Berger, rapporteur.)

La séance est levée à 5 heures 35 minutes.

Le vice-secrétaire annuel,

A.-H. MARCHAND.

Séance du 27 février 1889.

Présidence de M. LE DENTU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

- 1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;
- 2° La 4^e livraison de la *Collection des anciens alchimistes grecs*, par M. BERTHELOT ; envoi du ministère de l'instruction publique ;
- 3° Une lettre de M. le D^r LEDRU, professeur à l'École de Clermont, demandant à être placé parmi les candidats au titre de correspondant national ;
- 4° *De la suppression du drainage dans la résection du genou*, par M. DEFONTAINE, membre correspondant ;
- 5° M. le D^r VILLENEUVE (de Marseille), à propos de la stérilisation des instruments par la chaleur, pour éviter la contamination entre le moment où ils sont retirés de l'étuve et celui où ils vont servir, conseille, d'après M. Rietsch, de les envelopper dans une feuille de papier joseph, tordue à chaque extrémité, que le chirurgien ne déploie lui-même qu'au moment de les utiliser.

A propos du procès-verbal.

De la suppression du drainage dans la résection du genou, par le D^r DEFONTAINE, membre correspondant (résumé).

La résection du genou sans drainage, adoptée par J. Bœckel (de Strasbourg), est rarement employée en France. M. le D^r Defontaine l'a utilisée deux fois, pour tumeur blanche, en 1888, chez des jeunes filles de 23 et 27 ans, par le procédé de Moreau (de Bar-sur-Ornains). Manuel opératoire habituel ; suture osseuse double au fil de fer galvanisé. Suture des parties molles, sauf au

point de rencontre de la section transversale et des incisions horizontales ; là, deux parties béantes laissent passer les fils de la suture osseuse. Pansement à la ouate salicylée ; attelle de Bœckel, élévation du membre ; la température ne dépasse pas 38°,2. Le pansement est levé après huit semaines ; réunion parfaite, appareil plâtré, marche à la fin du troisième mois avec l'appareil.

La suppression de toute enveloppe imperméable autour du pansement et l'emploi d'absorbants empêchent la fermentation nuisible des liquides. M. Defontaine se propose plus tard de faire, pour éviter la suture osseuse, une section courbe ou angulaire du fémur et du tibia. Il repousse les incisions de décharge en arrière et n'enlève de la synoviale que les parties malades. Dans les suppurations étendues avec diverticules, le drainage doit être conservé.

Discussion.

M. CHAMPIONNIÈRE. Je ne vois point qu'il y ait avantage à supprimer les drains dans le pansement des résections, si en même temps on laisse des fils qui traversent la peau. M. Bœckel prétend, lui aussi, ne faire qu'un seul pansement, et en réalité il en fait deux, dont un, il est vrai, à une distance éloignée de l'opération.

M. Ollier n'enlève le premier appareil que vers le quarantième ou cinquantième jour ; mais, à cette époque, il existe une suppuration plus ou moins considérable autour des drains. Les fils de M. Defontaine deviennent l'origine d'autant de fistules qui doivent ultérieurement se tarir.

Le drainage, du reste, donne une sécurité que l'on ne peut avoir sans lui, et, d'autre-part, la marche de la plaie s'en trouve plus régulière, son voisinage conserve une plus grande souplesse, ne présente jamais aucun gonflement.

Si on veut absolument atteindre le but, ambitionné par beaucoup, de ne faire qu'un seul pansement, la suppression des drains ne sert à rien si on laisse des fils qu'il faudra enlever plus tard.

Je comprendrais mieux qu'on se servit d'agents résorbables dont il n'y a plus à s'inquiéter. Ceux qui ont la pratique des résections savent que fort souvent il existe des foyers tuberculeux fort éloignés de l'articulation, et dont la destruction nécessite des dégâts souvent très notables. On ne saurait dédaigner aucune précaution pour mener à bien ces vastes foyers traumatiques.

M. Defontaine a réussi dans un cas simple et favorable ; mais l'application générale de la méthode dont il s'est servi pourrait avoir les plus fâcheuses conséquences. Je sais que M. Ollier se contente d'enlever les lésions grosses et facilement accessibles ; mais je suis d'avis que l'extirpation complète des parties altérées

assure bien mieux la guérison et la rend plus rapide. Autrefois, on était moins sévère sur l'issue définitive des résections, et les chirurgiens se déclaraient satisfaits en présentant des opérés qui, partiellement guéris, portaient des fistules dont la suppuration durait des mois et encore des mois.

Nous sommes plus exigeants maintenant, et nous cherchons à obtenir et obtenons souvent des succès complets et rapides.

Les seules articulations, comme la hanche et le poignet, qui, par leur constitution anatomique, se prêtent mal à un nettoyage complet, présentent encore des récidives. Au genou, au contraire, on agit sur de larges surfaces, faciles à mettre à nu ; aucun foyer isolé n'échappe à un opérateur soigneux et patient. Aussi ne saurais-je trop m'élever contre la pratique des résections intra-capsulaires. Ces opérations, toujours incomplètes, ramènent nécessairement aux succès incomplets de la période précédente, dus, sans aucun doute, à ces foyers éloignés dont je trouve la destruction si indispensable.

M. ROUTIER. Si j'ai demandé la parole, c'est pour appuyer ce que vient de dire M. Championnière ; c'est chez lui, du reste, que j'ai appris à faire la résection du genou ; je l'ai pratiquée un assez grand nombre de fois, et toujours mes résultats ont été excellents.

Il faut, je crois, si l'on veut avoir de réels succès, enlever beaucoup de tissu, non seulement toute la synoviale malade, mais encore ne pas craindre d'aller chercher dans les épiphyses, surtout vers le tibia, des noyaux tuberculeux que j'ai toujours trouvés, alors même que l'os ne paraissait pas très malade au premier abord ; on trouve toujours dans le tissu spongieux jaune des séquestres que m'a bien appris à découvrir notre regretté confrère, le D^r Poulet, agrégé du Val-de-Grâce.

Il m'est arrivé de creuser ainsi le tibia jusqu'à 8 et 9 centimètres de profondeur, ne laissant que la coque osseuse de tissus compacts, et encore y avait-il quelquefois des échancrures.

En présence de ces grandes cavités, de ces grands délabrements qui donnent beaucoup de sang quand on supprime la bande d'Esmarch, je n'ai pas encore osé supprimer le drainage.

Je mets deux drains courts et gros aux deux extrémités de l'incision, et d'habitude je les supprime après quarante-huit ou soixante-douze heures, ayant soin de serrer alors les crins que j'ai mis en place pour fermer totalement la plaie. Quinze jours après, quand j'enlève les crins, la plaie n'existe plus, la réunion est parfaite et je mets un plâtre à mes opérés, qui ainsi n'ont pas fait une goutte de pus.

Rapport.

Impuissance congénitale guérie par l'opération du varicocèle,
par M. le D^r R. JAMIN.

Rapport par M. PAUL SEGOND.

Le D^r R. Jamin nous a communiqué la relation très curieuse d'un cas d'impuissance congénitale guérie par l'opération du varicocèle. Pareille indication n'est certes pas courante dans l'histoire des varices spermatiques justiciables d'une intervention chirurgicale, et le succès obtenu par notre confrère mérite, à plus d'un titre, notre attention. En peu de mots, voici le fait :

L'opéré de M. Jamin est un jeune homme de 26 ans, robuste, bien constitué, sans aucune tare pathologique personnelle ou héréditaire, et n'accusant qu'un seul trouble : l'impossibilité d'obtenir une érection complète et durable. Ce n'est pas qu'il n'ait fait toutes les tentatives voulues pour triompher de cet état. Mais la masturbation d'abord, et plus tard les tentatives de coït les plus réitérées, sont toujours restées infructueuses. Des éjaculations très rapides et précédées par une turgescence pénienne des plus insuffisantes, tel est le seul résultat qu'il ait jamais obtenu. Le moral du patient s'est bien vite ressenti de cette infériorité génitale ; son caractère est devenu irascible, son impressionnabilité extrême, et plusieurs fois il a songé au suicide. C'est dans cet état qu'il est venu demander les soins de M. Jamin, en septembre 1887.

Je passe rapidement sur les premières tentatives thérapeutiques de notre confrère (toniques, ferrugineux, hydrothérapie, électricité, etc.). Elles sont restées sans résultat, et j'arrive immédiatement à la constatation faite par le D^r Jamin d'une relation de cause à effet indéniable entre l'existence d'un varicocèle gauche et l'impossibilité des érections. Ce varicocèle, peu volumineux et indolent, n'était appréciable que dans la station droite. Dans la situation couchée, il disparaissait, et, particularité significative, c'était uniquement lorsque les veines spermatiques se trouvaient ainsi vidées qu'il semblait parfois se produire des érections durables. Le jeune homme l'avait maintes fois noté et s'était pris à espérer. Mais, au moindre mouvement, à la plus légère tentative pour se mettre sur le côté ou écarter les cuisses, le varicocèle reparait, et avec lui la flaccidité pénienne. En résumé, d'après les récits du patient, il semblait bien que la vacuité des varices spermatiques fût la condition *sine qua non* de l'érection.

Pour contrôler la réalité de cette corrélation, il n'y avait qu'un moyen : obtenir la réduction prolongée du varicocèle à l'aide d'un artifice orthopédique, et voir ce que deviendrait l'érection dans ces conditions nouvelles. M. Jamin n'a pas manqué de recourir à cette véritable expérience clinique. A l'aide d'un suspensoir fait de grosse toile doublée de ouate et d'un petit bandage à pelote inguinale, la réduction suffisante du varicocèle a été obtenue, et, dès cet instant, notre jeune homme a constaté que sa verge était enfin capable de s'ériger d'une manière durable. Sans doute il n'a pas recherché les preuves décisives de ses nouvelles aptitudes, les couches de ouate qui lui bardaient le scrotum ne permettaient guère une intromission victorieuse ; mais cet argument sans appel n'était pas indispensable. Aucun doute ne pouvait, en définitive, subsister sur l'existence d'une étroite corrélation entre l'impossibilité d'érection et l'état de réplétion des varices spermatiques.

Dans ces conditions, l'indication s'imposait ; on devait tenter la cure de l'impuissance par la suppression chirurgicale du varicocèle. Ainsi l'a pensé M. Jamin, et j'ai souscrit sans réserve à sa manière de voir lorsqu'il a bien voulu me présenter son malade et me demander mon avis. L'opération a donc été décidée, et M. Jamin l'a pratiquée le 16 février 1888. Voici le résumé des principaux temps de son intervention : précautions antiseptiques d'usage. Résection d'un lambeau cutané elliptique à la partie antéro-externe des bourses, au devant du faisceau variqueux. Résection de ce faisceau variqueux entre deux ligatures au catgut et dans une étendue de 3 à 4 centimètres. Cette résection veineuse est faite sans souci de l'artère spermatique. Lavage soigné du foyer opératoire avec une solution de sublimé. Suture de la peau avec du fil d'argent fin (quelques brins de catgut sont laissés, en guise de drain, dans la partie inférieure de la plaie). Gaze iodoformée sur la plaie et large pansement ouaté, compressif, maintenu par un double spica.

Les suites opératoires immédiates ont été des plus simples : apyrexie constante. Le quatrième jour, premier pansement, suppression du drainage et ablation de la moitié des fils. Le septième jour, deuxième pansement, ablation des derniers fils. L'extrémité supérieure de la plaie est désunie, et l'élimination de l'une des ligatures retarde la cicatrisation absolue jusqu'aux premiers jours de mars. A cette date, l'opéré reprend ses occupations habituelles ; la guérison est complète ; il n'existe plus trace du varicocèle.

J'arrive maintenant au côté le plus intéressant de cette observation en vous donnant tous les détails concernant le résultat fonctionnel obtenu. Dès les premiers jours qui suivirent l'intervention

et pendant que l'opéré était maintenu au lit, des érections fréquentes et prolongées se produisirent. Toutefois, ce n'était pas encore un succès complet; la rigidité laissait à désirer, le gland demeurait flasque, et la première tentative de coït, faite en avril, fut un échec. Peut-être faut-il faire ici la part de l'émotion inséparable d'un premier début. Toujours est-il qu'en mai, l'érection devint irréprochable; le gland y prit enfin sa part, et, depuis lors, des rapports sexuels répétés ont, à maintes reprises, démontré la validité de la cure.

Jo ne sais si j'ai réussi à vous donner avec précision les principaux traits de cette curieuse observation; mais elle est par elle-même si nette et si probante que de plus amples détails me semblent superflus. Permettez-moi seulement d'insister un instant sur les enseignements qu'elle comporte, au triple point de vue du résultat obtenu, de l'indication qui en découle et du manuel opératoire adopté.

Le résultat est aussi net que possible. Un examen attentif, un interrogatoire soigné et une vérification orthopédique des plus concluantes démontrent à M. Jamin que son malade est impuissant parce qu'il a un varicocèle. Aussitôt M. Jamin supprime le varicocèle par une intervention appropriée, et, comme conséquence immédiate de cet acte chirurgical, l'opéré devient apte à l'érection et désormais capable de satisfaire une appétence génitale toujours déçue jusque-là. Rien de plus clair. Mais, dira-t-on, comment interpréter ce fait bizarre? Comment l'état variqueux du faisceau antérieur des veines spermatiques peut-il empêcher l'afflux et surtout la stase du sang artériel dans l'appareil érectile de la verge? Il y a là quelque chose qui déroute nos connaissances physiologiques et anatomiques.

Que pareille situation soit créée par l'état variqueux de la veine dorsale de la verge, chacun le conçoit. Tout récemment, Parona (*Bull. méd.* 1888, p. 1388) a relaté trois exemples de cette disposition. Dans ces trois cas, la veine dorsale de la verge était variqueuse et l'érection impossible par excès de dérivation sanguine. Parona a fait disparaître l'état variqueux par des injections intra-veineuses, et tout aussitôt ses trois opérés ont retrouvé l'intégrité de leurs fonctions génitales. Mais ce qui est vrai pour la veine dorsale de la verge n'a plus raison d'être pour les veines spermatiques. Celles-ci, à coup sûr, ne sauraient dériver à leur profit le sang contenu dans l'appareil érectile de la verge. J'ajouterai, et je crois ce détail important, j'ajouterai, dis-je, que M. Jamin n'a jamais noté chez son malade ni trace d'atrophie testiculaire, ni phénomène douloureux permettant d'incriminer une névralgie du

testicule ou du cordon. Dans ces conditions, toute interprétation plausible me paraît, en fin de compte, très difficile.

On pourrait, à la vérité, se demander si le client de M. Jamin n'était pas un simple hypochondriaque, dont la timidité génitale aurait été heureusement modifiée par la mise à exécution d'une opération depuis longtemps désirée. Mais ceci n'est encore qu'une hypothèse; dans le cas particulier, rien ne la justifie, et j'estime, en définitive, que le plus sage est de réserver la question d'interprétation. D'ailleurs, la netteté clinique de l'observation de M. Jamin en compense assez bien les obscurités théoriques pour qu'elle demeure un document très instructif. Sans doute elle n'est pas seule de son espèce, et bien que la frigidity ne soit pas habituelle chez les malades atteints de varicocèle, plusieurs observations ne démontrent pas moins la possibilité de ce trouble fonctionnel. Vidal (de Cassis) raconte même qu'il a observé un jeune homme chez lequel la voix avait simultanément pris les caractères de celle des castrats. Il ajoute que l'opération permit au malade de retrouver à la fois son timbre de voix et sa puissance génitale. L'observation de M. Jamin n'est, à vrai dire, qu'un exemple de même ordre; mais, encore une fois, j'en connais peu qui démontrent avec autant de précision comment l'impuissance peut devenir une indication formelle de la cure chirurgicale du varicocèle.

Reste la question du mode d'intervention dont je voudrais, en terminant, vous dire quelques mots. Pour guérir son malade, M. Jamin a eu recours à la résection unilatérale du scrotum, combinée à la résection des veines malades; je lui avais moi-même conseillé ce mode opératoire, et je crois que c'était la meilleure conduite à suivre dans ce cas particulier.

La cure chirurgicale du varicocèle par les méthodes dites préservatrices a fait son temps, et c'est au bistouri que se sont à bon droit adressés presque tous les chirurgiens qui ont, durant ces dernières années, remis en honneur cette excellente opération. Ils ont, d'une manière variable, combiné la ligature des veines, leur section, leur excision et la résection du scrotum; d'autres ont eu recours à la résection pure et simple du scrotum, et tous, on peut le dire, ont obtenu d'excellents résultats. Aussi bien, et c'est le côté de la question sur lequel je désirais m'arrêter un instant, doit-on se garder de préconiser exclusivement tel ou tel des procédés récemment mis en œuvre. Comme je l'ai dit ailleurs (art. VARICOCÈLE du *Nouveau Dict. de méd. et de chir.*, t. XXXVIII, 1885), le varicocèle n'est pas toujours semblable à lui-même, et c'est à déterminer les conditions les meilleures de l'intervention, suivant les cas particuliers, qu'il faut avant tout s'attacher. Dans son intéressante publication des *Annales des maladies des or-*

ganes génito-urinaires (1887, p. 14, 92 et 631), notre collègue M. Le Dentu a défendu cette même pensée.

Lors donc qu'on se trouve en présence d'un cas donné de varicocèle justiciable de l'intervention, il faut prendre en considération la nature des troubles fonctionnels, l'intensité des douleurs, le volume du varicocèle, l'état de relâchement des bourses, et c'est alors seulement qu'il sera possible d'opter en connaissance de cause pour telle ou telle méthode opératoire. Est-il possible de donner à cet égard des règles tout à fait précises? Je ne le crois pas.

Sans doute certaines règles générales peuvent être posées. Ainsi, lorsque les varices sont petites, très douloureuses, et les dimensions du scrotum peu modifiées, il suffit d'agir sur les veines (ligature ou mieux résection entre deux ligatures). De même, lorsque le relâchement excessif des bourses est le symptôme dominant, la résection bilatérale du scrotum, telle que la préconise Henry (de New-York) (*Treatment of varicocele by excision of redundant scrotum*, New-York, 1881), devient le procédé de choix.

Il est enfin admis que dans la majorité des cas, la double indication d'agir à la fois sur les veines et sur le scrotum se présente et c'est aux méthodes combinées qu'il faut recourir. Les deux procédés de choix sont alors soit le procédé de Guyon en le complétant par l'excision veineuse, soit le procédé de Le Dentu (résection veineuse au niveau du cordon spermatique, suivie d'une résection scrotale bilatérale). Quant au procédé conseillé par M. Horteloup (*Comm. à l'Acad. de Méd.*, mars 1885), il n'a suivant moi raison d'être que si les varices occupent réellement le faisceau veineux postérieur du cordon, et même lorsqu'il en est ainsi, je crois qu'on a tout avantage à exécuter l'opération à ciel ouvert sans recourir au manuel ou aux instruments fort ingénieux, mais beaucoup trop compliqués, imaginés par notre collègue.

Ces quelques règles sont bien les seules que l'on puisse poser, il est impossible, à mon avis, de les formuler plus catégoriquement. Cette réserve est d'autant plus nécessaire que la valeur réelle de certains procédés n'est pas encore bien connue. Le procédé, préconisé par Henry (de New-York), est de ce nombre, et je le crois cependant digne de notre grande attention. On ne peut contester qu'il soit plus expéditif et plus simple que les opérations dans lesquelles on s'adresse à la fois aux veines et au scrotum. Vous n'ignorez pas enfin que les partisans de la résection bilatérale du scrotum affirment que leurs résultats sont parfaits.

En ce qui me concerne, j'ai pratiqué une fois cette opération le 22 août dernier sur un jeune garçon de 19 ans, affligé d'un varicocèle gauche énorme et particulièrement douloureux. Pour exé-

cuter cette résection scrotale fort étendue, je n'ai employé aucun instrument spécial. Deux pinces hémostatiques ont d'abord jalonné deux points de l'incision que j'allais faire, puis, refoulant le plus haut possible les testicules et les maintenant ainsi relevés à l'aide d'une pince à mors longs et courbes modérément serrée, j'ai fait tendre le scrotum par un aide et, d'arrière en avant, avec un simple bistouri, j'ai pratiqué la résection comme on taille un lambeau cutané quelconque. Cela fait, j'ai pu, tout à mon aise, assurer l'asepsie et l'hémostase, puis j'ai suturé à l'aide d'une série de fils d'argent, fins et très rapprochés. Huit jours après, les fils étaient enlevés, la cicatrice solide et la guérison parfaite. J'entends ici par guérison, la disparition des douleurs et pas autre chose, bien entendu.

J'ai revu cet opéré, trois mois après, en parfait état, et je compte bien m'assurer plus tard de la validité de sa guérison. Mais, sans rien préjuger et sans m'exagérer la portée de ce fait unique, je tiens à dire que le résultat obtenu m'a vivement frappé. Si les observations ultérieures viennent militer dans le même sens et confirmer les assertions des partisans déjà nombreux de cette opération, il est juste de penser que les indications des opérations combinées, portant à la fois sur les veines et la peau, deviendront moins fréquentes et qu'en nombre de cas, on donnera le pas à la résection scrotale. Tel est au moins mon avis et bien que j'aie par devers moi plusieurs cas de varicocèles guéris par la résection simultanée des veines et du scrotum, je n'hésiterai pas, à l'avenir, à recourir le plus souvent possible à la simple résection scrotale.

Mais je m'excuse de cette parenthèse un peu longue et j'en reviens au malade de M. Jamin. Quelle était chez lui la situation au point de vue du procédé opératoire ? Son varicocèle aurait-il été justiciable d'une simple résection scrotale ? Je ne le crois pas et je ne puis que souscrire à la décision prise par M. Jamin. Chez son opéré, l'indication de supprimer l'état variqueux lui-même avait une prédominance particulière, le scrotum était trop peu développé pour qu'il fût nécessaire de faire un temps spécial de son excision ; dès lors, l'opération de choix, celle qui s'adaptait le mieux au cas particulier, était bien celle que M. Jamin a pratiquée, c'est-à-dire la résection des veines combinée à la résection unilatérale du scrotum.

Je vous propose d'adresser nos remerciements à M. Jamin et de déposer son travail dans nos archives.

Discussion.

M. BERGER. Les difficultés de l'érection chez le malade de M. Ja-

min, lorsque les veines variqueuses du cordon étaient turgescentes, pourraient sembler le fait d'une large communication de ce système veineux avec celui du tissu érectile, tandis que les anastomoses qui existent sont très peu développées au contraire.

Le malade n'était-il point un hypochondriaque dont les facultés génitales étaient influencées par de simples troubles psychiques?

M. TERRIER. Je suis un peu de l'avis de M. Berger et, à ce propos, je citerai l'exemple d'un malade auquel M. Terrillon et moi avons dû enlever un testicule. La crainte de perdre ses aptitudes génitales avait influencé le moral de cet homme au point de le rendre complètement impuissant. Un traitement très anodin, prescrit dans le but de restituer cette aptitude, eut un plein succès, et le malade, depuis lors, a reconquis toute sa virilité. Dans ce cas, il ne pouvait être question d'une cause mécanique influençant l'érection.

D'autre part, les chirurgiens américains sont loin d'adopter tous la méthode de Henry (de New-York). Pendant mon voyage, j'ai eu l'occasion de voir Kees employer un procédé de ligature sous-cutanée des veines, que j'ai depuis lors expérimenté plusieurs fois.

En France, on a recours à divers procédés et, pour ma part, j'ai fait un grand nombre de fois la ligature des veines avec ou sans résection du scrotum sans avoir eu jamais l'ombre d'un accident.

M. CHAMPIONNIÈRE. Il me semble que la cause de l'impuissance chez bon nombre de sujets doit être attribuée à la douleur testiculaire; celle-ci venant à cesser, l'érection redevient normale; c'est ce que j'ai observé tout au moins chez un malade qui guérit de son impuissance par suite de la cessation d'une névralgie testiculaire. J'ai, depuis 1875, pratiqué un certain nombre de fois la ligature des veines, et n'ai pas été très satisfait des résultats qu'elle m'a fournis.

J'ai constaté des récidives et quelques malades n'éprouvaient aucune amélioration des phénomènes douloureux.

Les résections scrotales que j'ai faites un grand nombre de fois me semblent devoir être préférées à tous égards.

M. Horteloup et M. Le Dentu ont imaginé des procédés facilitant cette opération; fort souvent je l'ai pratiquée sans appareil ni instruments spéciaux et ai obtenu les mêmes succès. Je ne me préoccupe en aucune façon des veines postérieures; les douleurs causées par le varicocèle disparaissaient lors même qu'on les laisse intactes. J'ai excisé un lambeau scrotal chez un malade qui ne présentait aucun allongement de cette partie; et pourtant cette fois encore,

le résultat fut excellent. J'ai revu plusieurs de mes opérés, la guérison s'était maintenue chez eux.

Cette idée de raccourcir le scrotum est de date ancienne, puisque Dionis recommandait cette méthode et que Nélaton raconte, dans ses cliniques, le cas d'un malade qui était arrivé à ce résultat en enserrant dans un anneau de caoutchouc la partie inférieure des bourses.

Je suis d'avis pour me résumer que la résection du scrotum suffit, sans que l'on s'adresse aux veines, à faire disparaître tous les inconvénients qu'entraîne le varicocèle.

M. QUÉNU. Je suis moins convaincu que MM. Terrier et Berger, que le trouble des fonctions génitales soit entièrement psychique. Presque tous les observateurs ont insisté sur l'importance à cet égard des douleurs testiculaires. J'ai fait quelques recherches sur les nerfs du cordon dans ces cas. Je les ai presque toujours trouvés intacts; mais, par contre, j'ai rencontré des dilatations de leurs vaisseaux, analogues à celles que j'ai signalées dans la sciatique, il est très possible qu'une lésion des nerfs testiculaires ou un trouble de leur circulation veineuse apporte une modification à la physiologie de l'érection.

M. HORTELOUP. Je n'ai jamais constaté une impuissance complète chez les malades que j'ai observés; tout au plus une certaine frigidité, qui cessait sous l'influence de l'état moral déterminé par l'opération. Je me suis contenté d'abord d'une simple résection cutanée; mais j'ai constaté des récidives. Ce n'est qu'après avoir bien étudié la dilatation qu'on subit le groupe postérieur des veines altérées, que je me suis déterminé à le comprendre dans l'excision de la peau.

Depuis lors, je n'ai plus eu de récidives.

Un fait curieux est celui-ci. Chez un jeune homme de 22 ans, que j'avais opéré et qui avait un testicule très atrophié, je pus constater l'augmentation progressive de volume de cet organe à mesure que diminuait la dilatation du groupe veineux antérieur. La résection des bourses par mon procédé, tout en amenant la guérison des inconvénients causés par le varicocèle, se recommande encore au point de vue plastique, puisqu'il laisse des traces si peu apparentes, que l'œil exercé d'un médecin peut s'y tromper.

M. RECLUS. J'adopte suivant les cas des interventions différentes. J'ai pratiqué sept fois le procédé de Henry (de New-York), dont trois cas dans ma clientèle particulière. J'ai pu suivre ces derniers assez longtemps. Mon premier malade était un étudiant en droit très hypochondriaque qui redoutait le coït, mais pouvait l'accomplir néanmoins. Son scrotum était énorme. Je l'opérai sui-

vant le procédé de Henry et pus le revoir deux ans et demi après son opération, toujours parfaitement guéri. Mon deuxième malade avait 27 ans, était hypochondriaque et souffrait de douleurs névralgiques. Il redoutait beaucoup l'accomplissement des fonctions génitales. Je lui fis la résection du scrotum et actuellement il est en parfait état.

Le troisième malade est opéré depuis dix-huit mois et va toujours très bien.

Je n'ai pu suivre mes opérés de l'hôpital.

Je donne, en général, la préférence au procédé de Henry; cependant, une fois, à l'Hôtel-Dieu, et bien que la réunion eût été rapide, j'ai vu le testicule au lieu de reprendre du volume, s'atrophier rapidement.

M. LE DENTU. Chaque procédé a des avantages particuliers, mais il n'en est aucun qui donne une certitude absolue de guérison. J'ai fait à ce sujet des réserves dans mon mémoire; et la question, actuellement, n'est pas encore tranchée.

J'ai fait en tout vingt opérations. J'employai pour mes quatorze premières des procédés variés. Dans les six dernières, j'ai fait simultanément l'excision du scrotum et des veines. Actuellement, dans les cas simples, je donnerais la préférence à la ligature simple des veines sans excision cutanée.

M. PAUL SECOND. En vous faisant connaître l'observation de M. Jamin, je me suis avant tout proposé de vous montrer son intérêt clinique. En outre, j'ai appelé votre attention sur la question plus générale des procédés opératoires applicables à la cure du varicocele, en insistant sur la valeur et les avantages de la simple résection scrotale.

Relativement au fait clinique lui-même, MM. Berger et Terrier ont contesté la réalité d'une corrélation physiologique directe entre l'impossibilité des érections et l'état de réplétion du varicocele; corrélation qui, d'après M. Berger, rappellerait par trop la théorie du balancement hydraulique et des vases communicants. Bref, pour nos deux collègues, le malade de M. Jamin doit être considéré comme un simple hypochondriaque; soit, et mon rapport démontre que je ne suis pas éloigné de partager cette opinion. Toutefois, je ferai observer à M. Berger que sa réflexion sur les vases communicants, pour être spirituelle, n'en reste pas moins incapable de diminuer la netteté des observations cliniques de M. Jamin. Chez notre malade, l'influence de la réplétion des veines malades sur l'impossibilité des érections avait une évidence particulière et indiscutable. Aussi bien n'ai-je rien à modifier à ma déclaration première sur la valeur de cette curieuse observation. Du reste, les in-

téressantes remarques de MM. Lucas-Championnière, Reclus et Quénu, montrent combien il serait excessif de vouloir toujours, et de parti pris, incriminer l'hypochondrie ou les influences psychiques pour expliquer la frigidité de certains sujets atteints de varicocèle.

Au point de vue plus général des procédés opératoires applicables à la cure du varicocèle, il me paraît que nous sommes tous à peu près d'accord sur la nécessité de repousser les opinions absolues et de soumettre le mode de notre intervention à la variété de varicocèle que nous voulons guérir. La technique de l'opération est, à la vérité, jugée différemment par quelques-uns d'entre nous, mais ce sont là des questions de détail, et M. Horteloup me permettra de ne pas revenir longuement sur les raisons qui m'empêchent d'adopter et sa doctrine et son procédé. Comme je l'ai dit, je ne puis accepter qu'il faille réséquer quand même le faisceau veineux postérieur, qu'il soit ou non variqueux. Non point que je conteste un seul instant la qualité des résultats obtenus par M. Horteloup, mais lorsque notre collègue nous déclare que la résection du faisceau veineux postérieur sain modifie heureusement l'état variqueux des veines antérieures, je cesse de comprendre et, dans les cas de ce genre, j'estime que les bienfaits de l'intervention sont, en réalité, l'œuvre de la seule résection scrotale. Quant à l'instrumentation proposée par M. Horteloup, elle est, à mon avis comme à celui de M. Le Dentu, trop compliquée, et je crois préférable d'opérer à ciel ouvert et suivant les données de la chirurgie courante.

Reste la question de savoir si la simple résection scrotale doit être, oui ou non, préconisée dans la cure chirurgicale du varicocèle. Notre collègue, M. Terrier, s'est montré particulièrement hostile à cette opération; il m'a reproché d'en avoir attribué la priorité à Henry (de New-York) et d'avoir avancé que cette opération était en faveur auprès des chirurgiens américains. Il nous a déclaré, en outre, que la résection combinée des veines et du scrotum n'était pas une opération plus grave que la résection simple du scrotum. Que Henry (de New-York) ne soit pas le véritable créateur de la méthode, je le reconnais bien volontiers. C'est, en effet, A. Cooper qui a, le premier, je crois, proposé de réséquer la peau du scrotum pour guérir le varicocèle. Du reste, il en est de la cure radicale comme de beaucoup d'autres opérations tombées en discrédit et remises en honneur par la chirurgie actuelle. Les procédés opératoires qui sont donnés tous les jours comme récents, se retrouvent dans nos plus vieux auteurs. Cette réflexion, soit dit en passant, s'applique aussi bien à la ligature des veines, dont nous parlait tout à l'heure M. Terrier, qu'à la résection du scrotum. Mais je crois inutile d'insister. L'opération proposée par

A. Cooper n'était pas pratiquée lorsque Henry (de New-York) a publié ses premiers résultats, c'est donc bien lui qui a remis en honneur la résection scrotale, et ce n'est que justice de le reconnaître.

Cette opération est-elle acceptée par les chirurgiens américains? M. Terrier nous affirme que non; il s'en est assuré *de visu* lors de son dernier voyage, et je n'ai garde d'y contredire. Néanmoins, je tiens à faire observer qu'en parlant de l'opinion des chirurgiens américains, je fais uniquement allusion à leurs écrits. N'ayant point eu l'honneur de traverser l'océan, c'est mon seul moyen de contrôle. Or, il est positif que les observations, publiées en Amérique et démontrant l'efficacité de la résection scrotale, sont, à cette heure, très nombreuses. Je ne veux point dire autre chose et, de ce chef, mon assertion n'est pas contestable.

Quant à la parité que M. Terrier veut établir entre le pronostic d'une résection portant uniquement sur le scrotum et celui d'une résection intéressant à la fois les veines et la peau, je ne puis l'admettre. Sans doute, lorsqu'on est sûr de son antiseptie, on peut, sans crainte aucune, combiner la résection des veines à celle du scrotum. L'antiseptie nous confère bien d'autres privilèges et personne n'est plus que moi porté à les mettre à profit. Mais, est-ce à dire qu'il faille pour cela repousser les occasions qui s'offrent à nous de simplifier tel ou tel procédé opératoire? Quelle que soit la sécurité de l'antiseptie, peut-on affirmer que réséquer un paquet de veines variqueuses soit aussi parfaitement bénin que l'excision d'un morceau de peau? Je ne le crois pas.

Pour mon compte, j'ai, plusieurs fois, pratiqué la résection combinée des veines et du scrotum, et j'ai toujours obtenu la réunion par première intention sans accident. J'ai cependant souvenir d'une exception dans cette série heureuse. La guérison de l'un de mes opérés, jeune homme de 27 à 28 ans, a été retardée pendant un mois environ, par une phlébite de la veine crurale qui a, d'ailleurs, évolué sans le moindre incident fâcheux et sans laisser de traces. Ce fait doit-il être négligé? Faut-il en récuser la portée en mettant la phlébite sur le compte d'une imperfection quelconque dans les précautions antiseptiques de l'opérateur? Admettons-le. Le fait d'une complication veineuse possible n'en persiste pas moins, et, si rares que puissent être les accidents de cette nature, on ne peut en bonne logique les distraire de la discussion. Je persiste donc à penser, contrairement à M. Terrier et d'accord avec M. Reclus, que la résection pure et simple du scrotum est une opération moins sérieuse que la résection combinée des veines et du scrotum.

Et maintenant, comme je le disais au cours de mon rapport, si les observations ultérieures viennent confirmer nos prévisions ac-

tuelles, s'il est avéré que la résection du scrotum suffit en nombre de cas à faire disparaître les accidents du varicocèle, il est bien certain que cette opération simple et bénigne gagnera du terrain, et qu'elle deviendra l'intervention de choix beaucoup plus souvent qu'au par le passé. Or, notre discussion semble indiquer qu'il est bien près d'en être ainsi. Je vous ai dit à quel point j'avais été séduit par le résultat de cette opération dans un cas de varicocèle volumineux et douloureux. A leur tour, MM. Lucas-Championnière et Reclus, par la relation d'un nombre important d'observations personnelles, vous ont dit comment leur pratique leur avait démontré la valeur indiscutable de l'opération. Je ne pouvais souhaiter à l'opinion que je vous ai soumise un appui plus démonstratif que les déclarations de nos deux collègues.

Je conclurai donc, en répétant que la résection bilatérale du scrotum paraît donner d'excellents résultats dans le traitement du varicocèle. C'est une opération très simple d'exécution, elle n'exige aucun appareil instrumental particulier, elle est d'une bénignité avérée, et si les résultats qu'elle donne sont, comme nous le pensons, durables et de bon aloi, il n'est pas douteux qu'en beaucoup de cas jusqu'ici justiciables des résections combinées, elle deviendra l'intervention de choix. Il va sans dire que cette formule n'a rien d'absolu et nous ne prétendons pas que la résection simple du scrotum sera toujours le procédé de choix. Pour être rationnel, le procédé opératoire doit varier avec les indications du cas particulier. C'est là chose bien entendue, et mon rapport me semble trop explicite à cet égard pour que je revienne sur la valeur de ce précepte général.

M. TERRIER. On donne, dans cette discussion, une importance au procédé de Henry qu'on ne lui attribue point en Amérique.

L'atrophie du testicule, dans le cas que vient de rapporter M. Reclus, tient peut-être à ce que l'artère a été coupée. Quant à la phlébite se manifestant au bout de quinze jours, il faut en rejeter la faute sur une asepsie insuffisante. Je n'ai jamais eu à constater dans les cas que je possède, ce genre d'accident, qui tient certes davantage à une faute opératoire qu'à la disposition même des opérés.

M. PAUL SECOND. Je ne puis répondre à cette dernière remarque de M. Terrier sans me répéter mot pour mot. Comme notre collègue, je pense qu'une faute d'antisepsie a causé la phlébite qui a reculé de quelques jours la guérison de l'un de mes opérés. Mais, je n'en maintiens pas moins ce que j'ai dit sur la bénignité particulière de la résection scrotale comparée à la résection simultanée du scrotum et des veines.

Communication.*Sur l'opération de Wladimiroff-Mikulicz,*

Par M. PAUL BERGER.

Je vais vous présenter une malade sur laquelle j'ai pratiqué la variété d'amputation ostéo-plastique ou plutôt de résection du pied connu sous le nom d'opération de Wladimiroff-Mikulicz. La rareté des faits, actuellement connus, dans lesquels cette opération a été pratiquée, leur donne un intérêt d'autant plus grand que l'opération en question est une ressource précieuse dans certains cas qui ne paraissaient jusqu'à présent pouvoir relever que de l'amputation, et qu'elle agrandit ainsi le domaine de la chirurgie conservatrice. J'ajoute que le procédé auquel je me suis adressé diffère très notablement, par sa technique, de ceux auxquels ont eu recours les chirurgiens qui ont préconisé ce nouveau mode d'intervention.

Il s'agit d'une jeune femme de 24 ans, qui fut admise dans mon service, l'année dernière, au mois d'avril, comme atteinte d'une ostéo-arthrite tarsienne et tibiotarsienne suppurative de nature tuberculeuse. Il y avait quatre mois que cette malade, qui portait du reste des lésions tuberculeuses commençantes des poumons, avait été prise de douleurs et d'un gonflement du cou de pied, lequel avait rapidement abouti à la production de fistules. Celles-ci conduisaient à des os malades, l'astragale et probablement la partie supérieure du calcanéum étaient manifestement altérés, et les articulations tibio-tarsienne et calcanéo-astragaliennne étaient suppurées et fongueuses. Les douleurs étaient excessives, la suppuration abondante, et l'état de la malade empirait à vue d'œil.

Je me proposais d'exécuter une résection tibio-tarsienne, en me réservant de pratiquer une amputation ostéo-plastique ou même une sus-malléolaire si, au cours de l'opération, le pied ne me semblait pas pouvoir être conservé; mais la patiente, hystérique et très impressionnable, tout en acceptant la résection, se refusait absolument à une amputation éventuelle.

Le 12 juillet 1888, pressé par l'aggravation des lésions et de l'état général, je procédai néanmoins à la résection tibio-tarsienne. J'eus recours à l'incision que j'emploie en pareil cas, incision longeant le bord externe du pied, de l'insertion du tendon d'Achille jusqu'à l'extrémité postérieure du 5^e métatarsien, incision sur laquelle je fais tomber une incision verticale de 8 à 12 centimètres de long, pratiquée sur la face externe du péroné. Dès que je

fus arrivé sur les os, je constatai que non seulement l'astragale et les articulations conjointes étaient profondément malades, mais que le siège principal des lésions était le calcanéum qui était tellement altéré qu'il eût été impossible de conserver aucune de ses parties. Ne voulant cependant pas sacrifier le pied sans avoir le consentement de la malade, je me résolus à pratiquer l'amputation (ou plutôt la résection) dite de Wladimiroff-Mikulicz.

Je fis sortir par la plaie externe que j'avais faite, l'extrémité inférieure des os de la jambe que je sciai à trois travers de doigt au-dessus de la pointe de la malléole interne ; la surface de section me parut parfaitement saine ; je dégageai alors la partie postérieure du tarse des parties molles environnantes avec une rugine, en détachant et en conservant avec soin le périoste ; lorsque j'eus poursuivi cet isolement jusqu'au niveau des os cunéiformes et de la partie antérieure du cuboïde, je fis porter sur ces os une section transversale avec la scie, conservant de la sorte la plus grande partie des cunéiformes dont je ne fis qu'abraser les surfaces articulaires postérieures.

Je nettoyai avec soin tous les trajets fistuleux, j'en excisai les parois avec des ciseaux courbes ; je raclai avec la cuiller tranchantes et je cautérisai avec une solution de chlorure de zinc à 8 0/0, un long décollement fongueux qui remontait le long des tendons internes ; puis toute l'étendue de la cavité constituée par l'ablation des os de la partie postérieure du pied étant lavée avec la solution phéniquée à 5 0/0, je mis bout à bout l'extrémité du pied et celle du squelette de la jambe, en ayant soin qu'ils fussent bien exactement sur le prolongement l'un de l'autre. J'avais préalablement passé cinq points de suture avec du catgut fort entre le tibia et la péroné d'une part, les cunéiformes et le cuboïde d'une autre ; je les serrai, et je pus constater qu'ils maintenaient les os absolument en rapport. Les parties molles du talon, au moment du rapprochement des os, formaient une énorme saillie en arrière ; j'introduisis dans leur cavité une large mèche de gaze iodoformée, dont je laissai sortir l'extrémité par la plaie que je suturai au crin de Florence.

Pansement à l'iodoforme entouré d'une couche de ouate de tourbe sur laquelle j'appliquai deux attelles plâtrées longitudinales, l'une antérieure, l'autre postérieure.

Les suites furent normales ; la température atteignit à peine 38° pendant deux ou trois jours ; il y eut peu de douleur. Le pansement ne fut renouvelé que vers le 15 août ; à ce moment, la soudure des os du pied à ceux de la jambe paraissait déjà fort avancée. Le deuxième pansement fut fait en septembre, et la mèche iodoformée qu'on avait remise par précaution dans la plaie,

fut enlevée. La guérison était complète au commencement d'octobre.

Je fis fabriquer, pour permettre la marche sur le bout du pied dans les premiers temps, une sorte de jambièrre en cuir moulé, pourvue de nervures en acier, jambièrre entourant le pied et la jambe, depuis la tête des métatarsiens jusqu'au mollet. Avec cet appareil, l'opérée commença à s'exercer à la marche dès le mois de novembre ; à cette époque, la consolidation entre les os de la jambe et ceux du tarse paraissait complète, et la seule mobilité qu'on observât existait dans les articulations tarso-métatarsiennes. Les orteils étaient encore dans l'extension, et les tentatives pour les fléchir vers la face dorsale du pied rencontraient de la part de la malade une vive opposition ; ce ne fut que sous l'influence des essais de marche que, peu à peu, ils prirent la position nécessaire pour permettre la marche sur l'extrémité des métatarsiens.

Au mois de février, je fis pourvoir l'opérée d'une chaussure spéciale, avec laquelle elle put aussitôt marcher sans l'aide de canne ni de béquilles. A ce moment, la soudure des os de la jambe avec ceux du pied était parfaite, la cicatrice bien solide et mobile ; il n'existait pas la moindre menace de récurrence locale et l'état général était excellent. La saillie des parties molles antérieures de la région tibiotarsienne et surtout celle du talon qui formait un bourrelet énorme et très disgracieux aussitôt après l'opération, avait presque totalement disparu grâce à la rétraction spontanée et graduelle de ces parties.

Comme vous pouvez en juger, le résultat fonctionnel obtenu est très encourageant. Sans parler de la satisfaction que peut éprouver l'opérée à conserver son pied, il est certain que la marche s'effectue avec plus de sûreté qu'avec le moignon que donne l'amputation ostéo-plastique du pied par le procédé de M. Le Fort, opération dont je suis néanmoins très partisan et que j'ai pratiquée plusieurs fois avec succès. Cela tient non seulement à l'absence de raccourcissement du membre, mais à ce que l'extrémité a conservé la sensibilité spéciale dont la face plantaire du pied et les orteils sont le siège, et qu'elle possède encore un certain degré d'élasticité dû à la mobilité des articulations tarso-métatarsiennes.

Ce résultat favorable paraît être à peu près la règle à la suite des opérations de cette nature. Dans un travail publié en 1887, Gutsch, de Carlsruhe¹, a cité un chiffre de dix-huit opérations, sur lesquelles treize auraient été suivies d'un bon résultat fonc-

¹ Ueber die Erweiterungsfähigkeit der Grenzen Mikulicz'scher osteoplastischer Fussresection (*Archiv. f. klinische Chirurgie*, 1887, t. XXXIV, p. 504).

tionnel. Depuis lors, M. Henri-Victor Simon ¹, dans une thèse, a pu rassembler l'indication de trente-quatre faits de cette nature, donnant dix-neuf guérisons avec une marche facile et quelquefois très bonne, mais presque toujours avec l'aide d'un appareil spécial ou d'un bâton. La plupart de ces faits sont empruntés à une très intéressante revue que notre collègue, M. Chauvel, a fait paraître sur ce sujet, en 1887, dans la *Revue de chirurgie*.

Le résultat que j'ai obtenu chez mon opérée ne le cède en rien aux meilleurs qui ont été observés jusqu'ici, puisque quelque jours à peine après avoir été pourvue de sa chaussure spéciale, cette malade a pu, devant vous, marcher sans aucune espèce d'appui; et néanmoins elle peut et doit encore gagner beaucoup par l'exercice, car les orteils n'ont pas encore subi tout le renversement, n'ont pas acquis toute la mobilité dont ils sont susceptibles et grâce auxquels elle pourra s'appuyer solidement sur l'extrémité de ses métatarsiens. La raison de ce retard doit être recherchée dans la résistance que la malade, névropathique et très indocile, a opposée aux tentatives de mobilisation qu'on a voulu lui faire subir.

Le résultat thérapeutique est excellent : huit mois après l'opération, la cicatrice est parfaitement close, mobile et résistante, et il n'y a pas trace de récidive. C'est en effet un des principaux avantages que l'opération de Wladimiroff-Mikulicz présente sur la résection tibio-tarsienne, sur l'amputation sous-astragalienne ou sur l'amputation ostéo-plastique de M. Le Fort, de permettre au chirurgien de se porter à grande distance des portions malades du squelette du pied et de pratiquer de celles-ci l'ablation aussi large que possible.

Ce sur quoi je désire surtout attirer l'attention, c'est le mode d'incision auquel j'ai eu recours pour pratiquer la résection et la conservation de la totalité des parties molles que la plupart des chirurgiens ont jusqu'à présent fort inutilement sacrifiées.

L'incision que j'ai pratiquée est celle à laquelle j'ai recours pour exécuter la résection tibio-tarsienne; elle me paraît mériter d'être recommandée d'autant plus qu'au moment où l'on commence l'opération, le diagnostic de l'étendue des lésions n'a presque jamais pu être fait avec certitude et qu'on ne saurait décider à l'avance où s'arrêtera l'intervention; celle-ci, suivant les constatations faites au cours même de l'opération, pouvant être une résection tibio-tarsienne, une ostéoplastique de Le Fort, ou même une amputation sus-malléolaire. Il est donc utile d'employer un

¹ Contribution à l'étude de l'opération Wladimiroff-Mikulicz (*Thèse de Paris*, 1880; n° 102).

procédé qui puisse conduire à l'une ou à l'autre de ces opérations.

L'incision en T renversé pratiquée sur la face externe du cou de pied atteint ce but à merveille; on en trouvera la description dans l'observation qui précède. Elle permet d'ouvrir largement et de luxer l'articulation tibio-tarsienne en ménageant tous les organes, vaisseaux et nerfs qui l'entourent, de dégager et de sectionner à la distance voulue les extrémités osseuses.

La plupart des chirurgiens qui ont pratiqué cette opération ont fait le sacrifice de la totalité des parties molles du talon qu'ils enlevaient au moyen de deux incisions latérales, longitudinales réunies par deux incisions transversales postérieures portant l'une sur la face plantaire du pied, l'autre sur la face postérieure de la jambe au-dessus du talon. En le faisant, ces auteurs se proposaient d'éviter la saillie disgracieuse que font les parties molles postérieures et notamment le talon au moment où l'on rapproche les os du tarse de ceux de la jambe. Pour y arriver, ils n'ont pas craint d'intéresser en travers le nerf et l'artère tibiale postérieure. De là une hémorrhagie opératoire sérieuse, la nécessité d'une hémostase laborieuse, et aussi la possibilité de troubles trophiques consécutifs et même de gangrènes qui ont été observées dans quelques cas. On évite tous ces dangers en recourant à l'incision externe et en conservant toutes les parties molles saines comme on le fait dans toutes les résections réglées. Le bourrelet disgracieux constitué par les chairs du talon diminue peu à peu par rétraction et finit par disparaître presque complètement ainsi que vous avez pu vous en assurer sur mon opérée. Je ne saisis nullement l'avantage qu'il peut y avoir à agir autrement, et je rejette formellement le procédé opératoire qui se trouve décrit dans la thèse de M. Simon comme méthode de choix et qui me semble bon tout au plus à servir aux exercices opératoires d'amphithéâtre.

En matière de résections, l'on ne saurait ménager avec trop de soin les parties molles et spécialement les vaisseaux qui avoisinent les parties du squelette que l'on enlève. Nous savons, par l'exemple de la résection du genou et de celle du coude, que l'exubérance des parties molles n'est jamais un sérieux inconvénient. Il en est de même dans l'opération de Wladimiroff-Mikulicz.

Je rappelle, en terminant, que je me suis bien trouvé d'avoir pratiqué la suture des os au catgut. C'est une manœuvre à laquelle j'ai toujours recours dans les résection du genou et qui me paraît bien préférable à la suture osseuse faite avec des fils métalliques qu'il faut retirer par la suite.

Enfin, à la suite de l'opération, comme après toutes les résections que je pratique, j'ai laissé le premier appareil un temps fort long, plus de trente jours, au bout desquels la seule partie de la plaie

qui ne fût pas comblée était celle que j'avais bourrée de gaze iodoformée.

Je termine ces quelques indications en exprimant le vœu que cette opération soit plus fréquemment mise à contribution dans les cas d'ostéo-arthrite tuberculeuse du cou-de-pied, sinon comme opération de choix, du moins comme opération de nécessité permettant au malade de conserver une extrémité assez semblable à un pied-bot équin dans les cas qui, jusqu'à présent, ne paraissaient relever que de l'amputation de la jambe.

Présentation du malade.

*Fracture compliquée du coude gauche (chez un homme de 60 ans).
Résection irrégulière. Guérison.*

M. ROUTIER. Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société me semble intéressant pour montrer jusqu'à quel point on peut être conservateur dans les traumatismes des membres supérieurs.

Le 30 novembre dernier, il a été apporté à l'hôpital Laennec, où je remplaçais M. le Dr Nicaise. Au niveau du coude gauche et en arrière, existait une vaste plaie contuse par où sortaient l'extrémité supérieure toute entière du cubitus, et le radius dont la cupule était fracturée. Le cubitus était aussi fracturé au milieu de sa longueur, et tous les muscles qui s'y insèrent étaient contus et infiltrés de sang. L'extrémité inférieure de l'humérus était à demi écrasée; tous les tissus périphériques fortement contus et infiltrés. Je n'ai pas vu le nerf cubital.

Tout l'avant-bras était gonflé et tendu; la plaie était remplie de gros caillots de sang.

Il y avait en outre fracture multiple de côtes, et contusion violente de la hanche gauche.

Le malade étant chloroformé, je lavai largement la plaie; avec une rugine je détachai cette moitié du cubitus des quelques insertions musculaires qui existaient encore, puis je régularisai à la scie l'extrémité du radius et celle de l'humérus.

Les tissus étaient mâchés à un tel degré que je n'osai pas réunir; la plaie fut bourrée de gaze iodoformée. Le membre mis sur une attelle de Boeckel.

Les suites ont été des plus simples; et aujourd'hui, quand on empêche les mouvements de latéralité qui existent encore au coude il peut étendre et fléchir l'avant-bras; les doigts fonctionnent très

bien; somme toute, avec un appareil prothétique comme pour les résections typiques, ce malade conserve un membre très utile. Il est âgé de 60 ans et est très usé, plus vieux que son âge; c'est surtout ce qui m'a engagé à vous soumettre ce résultat.

Discussion.

M. MARCHAND. Je fus appelé en 1878, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Guérin, en qualité de chirurgien du bureau central, pour donner des soins à un blessé qui, quelques heures auparavant, était tombé d'un échafaudage et s'était fait, dans la chute, une fracture très grave du coude droit.

Je constatai, en effet, une fracture comminutive du squelette du coude, avec une plaie assez longue siégeant sur le bord externe du tendon du triceps et de l'olécrâne, et ouvrant largement l'articulation qui était remplie de caillots et de fragments osseux.

Le malade, homme de 47 ans, petit, maigre, assez chétif, ne présentait aucune lésion sérieuse ailleurs, et était parfaitement remis de la commotion causée par la chute. En présence des dégâts considérables existant sur les os, et de la plaie ouvrant l'articulation, une intervention s'imposait.

En raison de l'âge du malade, de l'incertitude dans laquelle je me trouvais au sujet du point où s'arrêtaient les lésions osseuses, puis de la mauvaise réputation dont jouissait à cette époque la résection du coude appliquée aux traumatismes de ce genre, j'inclinai vers l'amputation du bras à son tiers inférieur. Celle-ci n'ayant pas été acceptée, je dus me décider à pratiquer la résection du coude malgré ma répugnance en prévenant le malade des dangers auxquels je pensais qu'il s'exposait. Je me servis de l'incision extérieure d'Ollier qui, du reste, tombait perpendiculairement sur la plaie accidentelle, et se combinant avec cette dernière donnait un large accès dans l'articulation. Je détachai le tendon du triceps de l'olécrâne fracturé en rasant les os d'aussi près que possible, mais au bistouri. Il en fut de même pour les tubérosités humérales, dont l'une d'elles, l'épitrôchlée, était détachée en partie. Je fis l'extraction des fragments détachés puis régularisai les surfaces fracturées par un trait de scie appliqué à l'extrémité inférieure de l'humérus, enlevant un demi-centimètre en hauteur de cet os au-dessus du trait de fracture. Il en fut de même pour le cubitus; l'extrémité supérieure du radius intacte, fut excisée au niveau de son col. J'avais ainsi transformé en une plaie de résection presque régulière, le foyer de la fracture intra-articulaire. Celle-ci était formée par trois fragments principaux: 1° l'extrémité inférieure de l'humérus était détachée

obliquement, de dehors en dedans et de bas en haut; le trait commençant au-dessus et en dedans de l'épicondyle pour aboutir à la moitié de l'épitrochlée; 2° un trait de fracture vertical séparait la petite tête humérale de la trochlée et divisant ainsi l'extrémité inférieure de l'humérus en deux fragments complètement libres: un externe, constitué par la petite tête du condyle huméral auquel était attaché un fragment de l'épicondyle; un interne formé par la trochlée en totalité, plus un fragment important de l'épitrochlée. L'olécrâne était irrégulièrement détaché à sa base par un trait oblique aboutissant sur la face postérieure du cubitus. Les muscles épitrochléens étaient partiellement déchirés et infiltrés de sang; le ligament antérieur était intact.

L'hémostase achevée, je plaçai une attelle plâtrée s'étendant de l'aisselle à la main; puis un pansement ouaté de Guérin enveloppant le membre et l'attelle plâtrée, comprenant largement l'épaule et l'aisselle fut rigoureusement appliqué.

Contre mon attente, le blessé n'eut aucun accident sérieux; l'appareil resta en place pendant vingt jours; à cette époque, il fut renouvelé par M. Guérin lui-même.

Le blessé guérit sans encombre, après avoir éliminé l'extrémité de l'humérus sur laquelle avait portée la scie.

Je revis le blessé après guérison complète; le résultat était parfait, les mouvements de la nouvelle articulation, quoique limités, étaient suffisamment étendus; l'extension ne dépassait guère 45°, mais elle était volontaire. Le malade ne s'est plus présenté à moi depuis longtemps; mais je l'ai rencontré plusieurs fois depuis lors, s'applaudissant toujours de la détermination qui lui avait conservé l'avant-bras et la main.

Présentation d'instrument.

Photophore clinique.

M. JALAGUIER présente, au nom de M. PIERRE BONNIER, une lampe destinée surtout aux examens cliniques et à certaines opérations chirurgicales, où d'ailleurs les lampes électriques sont depuis longtemps employées. Le photophore clinique offre cependant sur ces lampes quelques avantages appréciables.

Léger, tenant bien en main, l'appareil consiste en une lampe à incandescence de six volts, montée sur un manche d'ébène contenant dans sa cavité les conducteurs. Sur ce manche, s'appliquent deux coques coniques dont l'union enferme la lampe dans un système optique tel, que la source lumineuse se trouve au centre d'un miroir

sphérique et au foyer d'une lentille mobile, dont les déplacements produisent à volonté un faisceau divergent, parallèle ou convergent, avec les modifications d'intensité correspondantes. Le tout se monte et se démonte aussi simplement que rapidement, et l'on peut facilement centrer tout l'appareil optique par les mouvements du pivot dans la double coque, remplacer toute lampe cassée, brûlée ou insuffisante au cours d'une opération.

Au manche de la lampe s'adapte une genouillère pouvant porter soit un miroir laryngien, soit un porte-spécule d'oreille, soit une loupe. On peut ainsi, avant tout examen, fixer la lumière sur l'appareil accessoire et ne plus s'inquiéter de maintenir l'éclairage qui suivra tous les mouvements du miroir ou du spéculum. De cette disposition résultent à la fois la plus grande rapidité et la plus grande commodité dans l'examen; la main et l'œil sont ainsi absolument libres et l'appareil reste disposé pour toute une série d'observations.

Présentation de malade.

Section complète de l'urèthre et des téguments du pénis par une ficelle. Réparation de la difformité par deux opérations autoplastiques. Guérison.

M. LE DENTU présente un enfant de 7 ans auquel il a fait trois opérations pour la restauration de l'urèthre complètement sectionné en travers. Cet enfant, atteint d'incontinence d'urine, s'était attaché la verge avec une ficelle. Il en résulta une section circulaire complète sur l'urèthre, sur les téguments de la verge, incomplète sur les corps caverneux dont l'enveloppe fibreuse semble seule avoir été atteinte.

Une première opération eut pour but la réparation du sillon circulaire du pénis, urèthre non compris. Elle consista en un avivement sur les deux surfaces limitantes de ce sillon. Quelque temps après, je fis la circoncision, puis dans une troisième opération, je fis la restauration de l'urèthre.

Le procédé employé consista dans un avivement circulaire à une certaine distance de la perte de substance et dans une suture transversale à deux étages. L'étage profond fut constitué par les crins de Florence arrêtés à leurs deux extrémités par des tubes de Galli et introduits très près du bord profond de la surface d'avivement; l'étage superficiel par quatre crins placés le plus près possible du bord superficiel de cette surface. Les fils furent tous enlevés au sixième jour une sonde à demeure fut laissée seulement huit jours. La guérison est parfaite.

Le même procédé m'a donné un résultat excellent chez un adulte atteint de la même difformité et à la suite des mêmes circonstances.

Présentation de pièces.

M. CHAMPIONNIÈRE présente les pièces provenant d'une opération.

Tumeur fibreuse de l'utérus occupant le petit bassin et contenant un épanchement sanguin central. Tumeur constituée par le rein droit kystique contenant une quantité considérable de sang altéré, par le Dr LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

J'ai opéré avant-hier une femme atteinte de tumeur fibreuse utérine présentant deux dispositions très rares et qui méritent d'appeler votre attention.

La femme V... (Louise), âgée de 28 ans, avait eu un enfant il y a deux ans ; cependant sa tumeur avait débuté il y a une douzaine d'années et s'était manifestée surtout par des douleurs aux époques. Ces douleurs, depuis deux mois, étaient devenues extrêmement violentes, et la malade avait beaucoup changé. Elle n'avait pas eu de pertes de sang.

Au palper, on constatait que le ventre était complètement rempli par une tumeur en partie fluctuante et s'étendant à droite jusque vers le foie.

Au toucher, on rencontrait l'excavation remplie par une tumeur dure. Le col était complètement rejeté à gauche et en haut.

La situation de cette malade était devenue intolérable.

Depuis deux ans, elle avait trainé dans divers services, où on lui avait refusé de l'opérer.

Je l'opérai le 25 février.

Je découvris une tumeur adhérente de toutes parts. Le cæcum était rejeté dans la fosse iliaque gauche. Cette tumeur, ponctionnée, me donna environ trois litres de liquide noir, constitué surtout par du sang altéré. A la fin, la ponction n'amenait plus que du sang pur. Cette tumeur était multiloculaire. Très laborieusement je parvins à circonscrire et énucléer cette tumeur, et vis alors que cette immense tumeur kystique n'était autre que le rein droit. L'urètre, absolument oblitéré, confinait à la tumeur fibreuse, qui remplissait tout le petit bassin.

Après avoir fait deux pédicules au fil de soie, j'abordai la tumeur fibreuse, en partie découverte déjà et ayant complètement dédoublé tout le ligament large droit. Pour l'énucléer, il fallut vider littéralement tout le petit bassin, et j'y arrivai en sectionnant la tumeur. Mais, en faisant cette section, je reconnus que le centre de cette tumeur fibreuse était occupé par un épanchement de sang considérable. Il formait ainsi une énorme loge fibreuse dont les deux moitiés pesaient 300 et 175 grammes. Le kyste vide pesait 540 grammes. L'ovaire droit devait faire partie de la tumeur.

L'utérus était rejeté à gauche, et l'ovaire gauche, volumineux, fut enlevé avec la trompe.

Le ligament large droit fut reconstitué par 17 points de suture au catgut.

Un grand lambeau d'épiploon fut réséqué (6 ligatures). La plaie abdominale fut refermée par 16 fils de catgut et 26 crins de Florence.

Cette opération avait duré deux heures vingt minutes.

Cette femme était extrêmement déprimée, et cette opération, qui eût très probablement été suivie de succès quelques mois plus tôt, fut suivie de choc, et la mort survint environ deux heures après l'opération.

L'autopsie montra que le rein gauche était volumineux, avec dilatation du bassin; il n'y avait pas eu d'hémorrhagie, et la cause de la mort était bien le choc opératoire, aggravé par l'existence d'un seul rein.

L'examen des pièces est bien curieux : la transformation du rein, non en un kyste simple, mais en un kyste sanguin, sous l'influence de la compression, de la destruction de l'urètre.

Puis ce corps fibreux, dont le centre est un hématocele.

On s'explique, en voyant cette poche sanguine qui devait arriver chaque mois à son maximum de réplétion, les douleurs atroces que devait alors ressentir la malade.

Ce doit être une lésion rare, car je ne l'ai pas vu mentionnée. Cependant j'ai déjà observé la même lésion l'année dernière. Il y a un an, j'ai opéré dans des circonstances très comparables une femme que m'avait adressée mon confrère le Dr Rochefort. Il s'agissait également d'une femme ayant des douleurs atroces, sauf pendant quelques jours chaque mois. Je trouvai une disposition analogue. Tumeur fibreuse remplissant absolument le petit bassin. Je l'énucléai très laborieusement; elle contenait un énorme épanchement au centre.

L'opération fut longue et suivie de choc. La femme mourut environ vingt heures après l'opération.

Il serait indiqué d'intervenir beaucoup plus vite dans les cas de cette sorte, aussitôt que l'intensité des douleurs et l'accroissement rapide de la tumeur les font soupçonner.

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le vice-secrétaire annuel,

A.-H. MARCHAND.

Séance du 6 mars 1889.

Présidence de M. LE DENTU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Deux observations : l'une de *kyste sous-péritonéal probablement d'origine ovarique*; la seconde de *pyélo-néphrite et phlegmon périnéphrétique avec néphrectomie suivie de guérison*, par M. le D^r HEURTAUX (de Nantes), membre correspondant national;

3° *Ueber das Fibrinferment und seine Beziehungen zum Organismus*, par le D^r GERRY BONNE (de Niederstetten).

Après lecture et adoption du procès-verbal, la séance est levée en signe de deuil au sujet de la mort de M. Legouest, ancien membre et président de la Société.

Séance du 13 mars 1889.

Présidence de M. LE DENTU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Le 1^{er} fascicule du tome IX des *Mémoires de l'Académie royale de médecine de Belgique*;

3° *De l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire*, par le D^r A. DE PAGE, mémoire couronné par la Société royale de médecine de Bruxelles;

4° Congrès pour l'étude de la *tuberculose chez l'homme et chez les animaux* (1^{re} session, 1888, 1^{er} fascicule).

5° MM. HORTELOUP, HUMBERT et TERRILLON demandent un congé pendant la durée des épreuves du concours de chirurgien de Saint-Lazare;

6° Une lettre de M. DEFONTAINE, membre correspondant, faisant remarquer que dans ses résections du genou, le pansement opératoire est resté appliqué jusqu'au 56^e jour; qu'à sa levée tout était fermé sauf les orifices de sortie des fils de suture osseuse métallique, qu'il n'y a donc pas eu de suppuration du foyer opératoire.

Rapport.

Note sur les propriétés résolutives de l'eau chaude appliquée au traitement des fractures périarticulaires, par M. DARDE, médecin-major;

Rapport par M. CHAUVEL.

Pénétré des avantages de la compression élastique et du massage dans les épanchements sanguins traumatiques, notre confrère de l'armée croit qu'il est possible encore de faire plus vite, plus simplement, par le seul emploi de l'eau chaude. Sur le conseil de son frère, médecin-major comme lui, il s'est servi de ce moyen dans les entorses, il le conseille aujourd'hui pour les fractures. L'eau chaude s'emploie en bains locaux si possible, bains de 45° au début, portés à 48 ou 49° progressivement, et maintenus à cette température pendant vingt-cinq à trente minutes. Certains sujets supportent 50 et même 51°. Les bains sont répétés une ou deux fois chaque jour. Si le bain local est impossible, on se sert de compresses en plusieurs doubles, égouttées, à température de 48 à 50°, fréquemment renouvelées pendant une demi-heure. Des douches de vapeur prolongées auraient sans doute le même effet.

Les phénomènes immédiats sont : une rubéfaction très vive, la disparition rapide de la douleur, et un gonflement léger et passager de la partie. Au bout de quatre à cinq jours, la résolution des épanchements est obtenue et la douleur vive ne se produit plus qu'à la pression au niveau de la fracture. En ayant soin de faire mouvoir assez tôt et avec précaution les articulations et les tendons voisins, la guérison s'obtient rapidement.

A l'appui de sa manière d'agir, M. le D^r Darde nous donne l'observation d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius chez un homme de 24 ans. Après quatre jours de bains à 49° la tuméfaction a disparu, la douleur n'existe plus qu'à la pression au niveau de la fracture. Des mouvements progressifs des doigts et du poignet, combinés avec l'immobilisation temporaire de la partie, amènent en vingt jours une guérison complète en apparence. Ce n'est toutefois qu'au bout de deux mois que le malade reprend son service.

Un seul fait ne permet pas de conclure, et n'ayant par moi-même aucune expérience de la méthode conseillée par M. Darde, je ne puis que rester sur la réserve. Comme l'emploi de l'eau chaude, à condition de la surveiller, ne semble pas susceptible d'amener d'accidents, il est loisible de le tenter. Disons seulement que la compression élastique et le massage ont l'un comme l'autre si bien fait leurs preuves, que nombre de praticiens ne se résoudront pas facilement à les abandonner.

Mon rapport était depuis longtemps achevé lorsque notre confrère nous a envoyé un cas de fracture par divulsion de l'extrémité inférieure du péroné, traitée par la même méthode. Il s'agit d'un officier qui, monté sur un bicycle, fait une chute dans laquelle le pied gauche est fortement porté en dehors, à angle droit avec la jambe. Gonflement considérable, douleurs violentes, crépitation caractéristique. Le soir même bain, de vingt-cinq minutes à 46°, température la plus élevée que le blessé puisse supporter. On continue ces bains chaque jour, en y joignant quelques séances de massage, jusqu'au neuvième jour après l'accident. La diminution de la douleur et du gonflement est telle que l'on sent manifestement à 7 centimètres au-dessus de la malléole externe, le siège de la fracture du péroné, indiqué du reste par une crépitation persistante. Un appareil silicaté est appliqué pendant deux semaines, puis remplacé par un second bandage après qu'on a mobilisé la jointure tibio-tarsienne. Ce dernier, enlevé le 31 décembre, six semaines après la chute, montre la fracture consolidée, la marche possible, bien que lente et douloureuse encore.

Nous avons vu le lieutenant A..., actuellement convalescent à Paris, et nous avons constaté que le gonflement était très léger, la mobilité des jointures en partie rétablie, et la fracture si bien consolidée qu'on n'en pouvait plus déterminer le siège. En somme, le résultat était satisfaisant. Mais si nous réfléchissons que le massage, l'immobilisation temporaire et la mobilisation précoce ont été combinés avec les bains chauds pour assurer la cure, nous concluons, comme je l'ai fait plus haut, que cette méthode ne peut, jusqu'ici, prétendre à une supériorité bien manifeste. Utile contre

le gonflement primitif et la douleur locale, elle ne paraît pas exercer une influence notable sur la rapidité de la guérison.

Messieurs, je vous propose d'adresser des remerciements à M. le D^r Darde, et de déposer son mémoire dans nos Archives.

Rapport.

Balle de plomb déformée par compression et portant l'empreinte d'un tissu, par le D^r H. GRIPAT, professeur suppléant à l'Ecole de médecine d'Angers;

Rapport par M. CHAUVEL.

Comme le fait remarquer notre confrère, la pièce intéressante et l'observation qu'il nous envoie peuvent servir à la solution d'une question jadis fort discutée, mais que l'adoption de projectiles à enveloppe résistante rend moins importante aujourd'hui. Cette question, j'en ai dit un mot devant vous à propos d'une communication de notre collègue M. Bousquet, sur les déformations des balles de plomb, je l'ai complètement traitée dans l'article PLAIES PAR ARMES À FEU du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*. Entre les deux théories de la fusion et de la compression, j'ai combattu la première, et comme mon maître, M. Legouest, comme la majorité des chirurgiens français, j'ai accepté la seconde. Je ne veux pas refaire ici le même plaidoyer; je dirai seulement que, parmi les arguments qui militent contre la fusion, l'absence de traces de brûlure des tissus animaux ou végétaux en contact direct avec le projectile déformé, est un des plus topiques. Le fait de M. Gripat est des plus démonstratifs à cet égard.

C'est le 4 septembre 1870, dans une ambulance du faubourg Balan, près Sedan, que cette balle fut extraite par notre confrère, d'une plaie large et suppurante de la cuisse, contre un fémur dénudé de son périoste, mais qui ne parut ni fêlé ni fracturé. Elle pèse 19^{gr},50; aplatie, assez régulièrement ovalaire, elle est large de 21 millimètres, longue de 44, épaisse au plus de 3 millimètres. Ses bords sont irrégulièrement dentés, et rebroussés sur la face où se voit nettement dessiné en creux le culot du projectile. S'il provenait, ce que M. Gripat croit probable, du fusil d'un chasseur bavarois, son calibre était de 11 à 12 millimètres, son poids de 28 grammes; il en aurait donc perdu 10 environ. Etant donnée sa forme régulière, la division me semble douteuse, mais en l'espèce ce point est sans importance.

La face de la balle qui touchait l'os, offre sur toute sa longueur

des cannelures parallèles à son grand axe, résultat évident du frottement contre un corps résistant, peut-être le fémur. De plus, elle porte dans sa moitié postérieure l'empreinte, très nette encore après dix-huit ans, d'un tissu à gros grains. Ce tissu était un morceau de la toile du caleçon, entraîné par le projectile et qui était resté entre lui et le fémur, sur lequel il s'était aplati. Ce morceau de toile, malheureusement perdu, était un peu plus large que la balle, très solide; il ne présentait aucune trace de brûlure.

Pour rechercher l'action comparative de la fusion partielle et de la compression, M. Gripat a fait deux expériences dont il nous envoie les produits. Ce morceau de plomb à l'état de fusion commençante a été coulé sur un morceau de toile posé sur du marbre; il ne présente, vous le voyez, qu'une empreinte très confuse, mais en revanche, la face opposée est un type de l'irisation et de la déformation par la chaleur. Ajoutons que la toile est très fortement roussie dans tout le contact.

Dans la seconde expérience, un morceau de toile, la même que tout à l'heure, est placée entre une enclume et une lame de plomb lisse et aplatie. Un coup de marteau donne sur le plomb une empreinte d'une netteté parfaite, sans brûlure ni altération du tissu végétal. Nous pourrions objecter à notre confrère que dans sa première expérience, il était nécessaire d'ajouter à l'action de la chaleur celle de la compression pour réaliser les conditions de l'observation clinique, mais en somme, le résultat est assez net pour ne pas insister.

Je crois avec lui que l'état physique du projectile, ses bords festonnés, ses arêtes vives, repoussent tout soupçon de fusion du métal. Je vous propose donc, messieurs, de remercier M. le D^r Gripat de son intéressante observation, et de l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de correspondant national.

Rapport.

Rupture de l'urèthre.

M. TILLAUX fait un rapport oral sur l'observation suivante de M. Chaput.

Coup de pied de cheval dans la région du flanc droit. Rupture de l'urèthre et du colon ascendant. Suture de l'intestin. Néphrectomie. Guérison, par le D^r CHAPUT, chirurgien des hôpitaux.

Poublanc (Émile), âgé de 16 ans, journalier, entre le 11 août 1888 à l'hôpital Tenon, salle Nélaton, n° 22.

Le 9 août, il a reçu, dans la région du flanc droit, un coup de jarret de cheval qui l'a envoyé rouler à quelques pas plus loin. Depuis cet accident, il a ressenti, au niveau des deux dernières côtes, du côté droit, et dans la région lombaire, une douleur intense s'exaspérant par la toux et le moindre mouvement. Quelques vomissements muqueux avant l'entrée.

A l'entrée. — Dans la région lombaire et au niveau des deux dernières côtes, la pression, même légère, provoque une douleur très vive.

Le ventre n'est pas ballonné, ni spécialement douloureux. On constate en arrière, du côté de la fosse lombaire une légère tuméfaction, large et peu saillante, douloureuse à la pression. Quelques crachats sanglants.

Constipation absolue. Le traitement consiste en cataplasmes laudanisés et piqûres de morphine. Dans la nuit du 13 au 14 surviennent des douleurs intolérables qui font penser à une crise de coliques néphrétiques; le malade se tord de souffrance. Au matin les douleurs ont cessé, mais la région rénale est encore sensible.

J'examine le malade le 14 août, et je constate les signes relatés plus haut; la tuméfaction et la douleur vive de la fosse lombaire, la crise de coliques néphrétiques, me font penser à une forte contusion, peut-être avec déchirure du rein. Je note en passant que les urines sont abondantes (environ 1 litre) et nullement teintées de sang. Rien ne presse, aussi nous restons en observation.

Le même jour, un purgatif rétablit le cours des matières.

Du 14 au 21 août, la tuméfaction lombaire s'atténue, puis disparaît. En revanche, une tuméfaction de plus en plus nette, apparaît dans la partie supérieure de la fosse iliaque. Les douleurs restent vives, elles siègent au niveau du rebord costal et au niveau de cette nouvelle tuméfaction. La température est élevée, elle oscille autour de 38°, 38° 2 le soir.

Aussi le 21 août, je pratique avec une seringue de Pravaz une ponction exploratrice dans la tumeur de la fosse iliaque devenue très saillante et nettement fluctuante. Je retire du liquide rosé, sanguinolent, qui, au microscope se montre chargé de globules de graisse et d'hématies altérés. Cette constatation, bien loin d'éclairer mon diagnostic, ne fait que m'embarrasser davantage.

Le 23 août, les signes locaux signalés plus haut sont encore accentués. La température est restée élevée et je pratique dans la tumeur une nouvelle ponction qui retire du liquide rosé, un peu louche, contenant des leucocytes nombreux.

En présence de ce que je crois être un épanchement sanguin en voie de suppuration, je me décide à intervenir, sans savoir, d'ailleurs, où peut siéger exactement cet épanchement.

Sous le chloroforme, je constate que la tuméfaction est arrondie. Très large, mesurant 12 à 15 centimètres de diamètre, elle s'étend en dedans, presque jusqu'à la colonne, en bas jusqu'à l'épine iliaque, en haut jusqu'aux fausses côtes, en dehors jusqu'à la crête iliaque.

Je pratique une longue incision verticale dans ses deux tiers supé-

rieurs situés au-dessus de l'épine, et, dans son tiers inférieur parallèle à l'arcade crurale. L'incision, quoique faite couche par couche, attaque un peu trop vite le péritoine pariétal; j'avais, en effet, l'intention de commencer d'abord par décoller le péritoine avant de faire toute autre manœuvre.

Quoi qu'il en soit, aussitôt le péritoine incisé, je vois saillir une tumeur globuleuse, énorme, dont la constatation m'empêche de suturer mon péritoine au catgut comme je l'aurais fait si je n'avais rien rencontré d'anormal. J'ouvre donc largement l'abdomen et je tombe sur une tuméfaction globuleuse, du volume des deux poings, lisse, tendue, ne ressemblant qu'au péritoine pariétal soulevé par un épanchement. Je pense qu'il sera simple de fixer cette poche à la paroi et je l'incise largement en prenant les précautions nécessaires pour que rien ne s'écoule dans le péritoine. Il sort un liquide rosé et mélangé de petits fragments ressemblant à des matières fécales en suspension. Je constate encore que du fond de la poche s'élance un jet de liquide analogue au premier. — Très surpris, j'explore cette poche que je trouve fermée en tous sens... Je reste perplexe pendant un quart d'heure environ, durant lequel du liquide continue à s'écouler. Enfin, constatant en bas de ma poche l'insertion de l'appendice vermiforme, je comprends que la poche que j'avais ouverte n'était autre que le cæcum énormément distendu, qui portait sur sa paroi postérieure une déchirure par où s'écoulait le liquide d'une collection située en arrière de lui. Je prends alors le parti de suturer la déchirure de la paroi postérieure du cæcum, longue de 1 à 2 centimètres; puis la paroi antérieure du cæcum sur laquelle j'avais fait une incision de 8 à 10 centimètres.

Dans mes deux sutures faites à la soie, j'adosse à elles-mêmes les surfaces extérieures du cæcum... Je suture enfin à la soie le péritoine pariétal, non sans avoir fait une toilette soignée du péritoine.

Tout n'était pas fini, il me restait à décoller le péritoine pariétal pour évacuer l'épanchement situé en arrière de lui. C'est ce que je fis avec les doigts; j'arrivai bientôt sur une vaste poche contenant environ une cuvette de liquide rosé et sanguinolent. C'est alors que j'eus l'idée d'y plonger une épingle montée et de la porter à mon nez, elle sentait l'urine... Mon diagnostic devenait clair, j'avais affaire à une rupture de l'uretère avec déchirure du côlon. L'urine s'était épanchée dans le cæcum et le colon ascendant et les avait distendus; elle s'était également épanchée sous le péritoine de la région costo-iliaque. Je terminai cette intervention en plaçant deux gros drains dans la poche urinaire.

Les suites de cette intervention furent relativement simples, il s'établit dès le jour même par la plaie une fistule urinaire, inondant chaque jour le pansement. Le malade se plaignit pendant quelques jours de douleurs assez violentes dans la région des deux cuisses. Enfin, le 29 août, une fistule stercorale s'établissait, formée aux dépens de la paroi antérieure du cæcum.

Du 5 au 12 septembre, le malade est mis à une diète presque absolue, on lui donne jusqu'à 7 centigrammes d'opium afin d'arriver à l'oblitération de la fistule stercorale. Vains efforts! même pendant cette

période l'écoulement stercoral persiste. Vers le 12 septembre, le malade était dans un état d'émaciation effrayant; on reprit le régime habituel.

Les urines, rendues par l'urètre, examinées le 18 septembre contiennent de nombreux globules de pus. Leur quantité s'élève tantôt à un demi-litre par jour, et tantôt à 1 litre et demi. Elles sont parfois noires.

Le pansement est constamment traversé par l'urine. La fistule stercorale a beaucoup diminué; à l'angle supérieur de l'incision on voit s'écouler à chaque pansement du pus épais. Pas de selles par le rectum. L'appétit est bon, l'émaciation est un peu réparée.

Le 21 septembre, nouvelle intervention. Je me décide à faire la néphrectomie lombaire pour faire disparaître la fistule urinaire et remédier aux poussées de fièvre sans doute entretenues par la suppuration de la poche urinaire.

Dans le but d'obtenir l'asepsie de la plaie postérieure, j'oblitére la fistule stercorale en avivant toute la surface de la plaie avec la curette tranchante, puis en suturant la peau au crin de Florence après avoir jeté deux ligatures perdues au catgut, au niveau de la fistule stercorale.

Puis avec l'aide de mon collègue Tuffier, je pratique la néphrectomie lombaire par une très longue incision verticale, passant à 8 centimètres des apophyses épineuses, remontant sur les côtes et descendant sur la crête iliaque.

L'opération se passe simplement, sauf que, en l'absence de fils de soie suffisants je suis obligé de laisser dans la plaie deux longues pinces à pédicule sur le paquet vasculaire du rein. La plaie est suturée dans toute sa hauteur, sauf au niveau des pinces. Un long drain est placé dans la partie inférieure de la loge rénale.

Au cours de l'opération, je note que l'extrémité inférieure du rein est friable et baigne dans un foyer purulent.

Pansement des deux plaies à l'iodoforme.

Examen du rein enlevé. — L'organe sectionné parallèlement à ses faces paraît sain, sauf une grande pâleur de son parenchyme. Nous avons noté plus haut la portion friable et infiltrée de pus de son extrémité inférieure.

Le bassin est absolument intact et nullement déchiré ainsi que la partie d'uretère qui lui fait suite et qui mesure environ 1 ou 2 centimètres. L'uretère n'a pu être exploré au cours de l'opération.

L'examen histologique pratiqué par M. Nicolle montre le rein parsemé d'abcès miliaires à divers degrés de développement. Il s'agit là de lésions de néphrite ascendante suppurée, en tous points comparable au rein chirurgical.

Suites opératoires. — Dans la journée de l'opération, l'état est excellent, le malade demande à manger et souffre beaucoup de la présence des pinces à demeure; les premières urines rendues sont claires. Le malade ne prend que de la glace et 5 centigrammes d'opium.

Le 22 septembre les pinces sont enlevées. Il y a un litre d'urines foncées; renfermant des globules rouges abondants et des leucocytes nombreux aussi. Le malade ne prend que du bouillon par cuillerées à café.

Le soir du 22 septembre une hémorrhagie abondante force M. Buscarlet à changer le pansement.

Le 23 septembre, 500 grammes d'urine rouge foncé, contenant des hématies, globules blancs et hémoglobine. Le malade mange un peu de poulet.

Le 24 septembre, 400 grammes d'urines claires. On constate que des matières fécales ont filtré à travers les sutures.

Le malade se trouve bien.

A partir de ce moment, la plaie lombaire marche vers la cicatrisation, et la fistule stercorale persiste sans modifications bien notables.

Le 18 octobre, la fistule est très diminuée, elle est sur le point d'être oblitérée; cette amélioration paraît due à ce que, depuis plusieurs jours, le malade a considérablement réduit la quantité de boissons qu'il prenait antérieurement.

La fistule ne mesure plus que 5 à 6 millimètres de hauteur; elle a l'aspect d'une simple fente verticale.

Elle est donc sur le point d'être guérie et son oblitération n'est plus qu'une question de jours, d'autant plus que la défécation est redevenue normale et s'exécute sans l'aide de lavements. Le malade peut donc être considéré comme guéri.

Aujourd'hui 31 octobre, j'apprends par M. Reclus que la fistule stercorale de mon malade est enfin fermée.

Réflexions. — Les difficultés du diagnostic étaient à mon sens presque insurmontables dans l'observation que nous venons de rapporter. Tout d'abord je crus à une contusion du rein, puis, voyant s'effacer la tuméfaction et la douleur de la fosse lombaire, en même temps qu'apparaissait la tumeur iliaque, je fus alors absolument dérouté. S'agissait-il d'une typhlite ou d'une pérityphlite traumatique? Aucune supposition n'était satisfaisante.

Ce fut bien autre chose, quand la ponction retira du liquide sanguinolent rempli de globules rouges... Que pouvait bien être un épanchement de sang dans une pareille région?

Le jour où, la température restant élevée et la douleur vive, je constatai la transformation purulente du liquide, le diagnostic restait aussi obscur, mais l'intervention s'imposait.

J'ai dit plus haut que je comptais d'abord décoller le péritoine. Pareille manœuvre, malgré sa logique, eût été impuissante à remédier à la déchirure de la paroi postérieure du côlon. Ayant donc ouvert le péritoine, je tombai immédiatement sur une tumeur formée par le cæcum et le côlon distendus.

La tumeur était du volume des deux poings; elle était absolu-

ment lisse, sans bosselures ni bandelettes longitudinales, ni franges épiploïques. Rien donc ne permettait de reconnaître le cæcum. Ce n'est d'ailleurs que bien longtemps après que l'exploration circonstanciée me permit de reconnaître l'appendice inséré sur la tumeur qui ne pouvait donc être que le cæcum.

Le reste de l'opération fut conduit rationnellement; je note en passant que la suture de la paroi postérieure tint très bien, quoique j'eusse dû perforer la muqueuse avec les fils et l'aiguille de Reverdin. Par contre, la paroi antérieure, mieux traitée, céda, et il s'établit une fistule stercorale.

Relativement à la seconde intervention, j'aurais pu attendre la fermeture spontanée de la fistule, mais je fus pressé par le malade de remédier à son triste état; j'ajouterai que des poussées de fièvre, dues à la suppuration de la poche urineuse, rendaient l'indication plus pressante encore.

En résumé, il est curieux d'observer que pour une lésion d'une rareté extrême et d'un diagnostic presque impossible à poser, une intervention, motivée à coup sûr mais sans but bien précis, me permit de réaliser complètement toutes les indications.

Par contre, il est bien certain encore, que si j'avais pu porter un diagnostic exact, je n'aurais pas certes traversé le cæcum pour oblitérer sa déchirure postérieure. Qui sait d'autre part ce qu'il serait advenu de cette négligence?

On saura donc à l'avenir que, dans les ruptures de l'uretère, même siégeant haut, l'urine se collecte en foyer, s'étendant jusque dans la fosse iliaque et proéminant du côté de la cavité abdominale, où il devient bientôt appréciable au palper.

Un autre point digne de remarque est le suivant: à un moment donné, l'urine, rendue par l'urètre, contenait une quantité abondante de pus, qui disparut d'ailleurs, peu après la néphrectomie. Ce pus provenait vraisemblablement du foyer et descendait par le bout inférieur de l'uretère jusque dans la vessie. La disparition de ce pus après la néphrectomie, démontre la légitimité de cette interprétation.

Je terminerai en faisant remarquer la tolérance vraiment remarquable des tissus pour l'urine. Voici en effet un malade qui, le 9 août, a l'uretère rompu par un coup de jarret de cheval, et qui garde dans ses tissus toute l'urine sécrétée par son rein droit, du 9 au 21 août. C'est le 21 août seulement que la suppuration commence seulement à poindre, encore fallait-il l'intervention du microscope pour s'en convaincre. L'urine était il est vrai aseptique, c'est pourquoi elle a été si bien tolérée. Cependant la suppuration ne pouvait à la longue manquer d'arriver soit à cause de la communication du foyer avec l'intestin, soit par le fait de la distension

énorme subie par les tissus. On sait que la tension des tissus est en effet une cause très efficace de suppuration. Le professeur Lister insiste très vivement sur ce fait.

Rapport

Sur une observation intitulée : *Cholécystite calculieuse suppurée. Cholécystotomie. Mort au bout de deux mois par troubles hépatiques*, par M. le Dr LATOUCHE (d'Autun).

Rapport par M. TERRILLON.

Le 21 octobre 1887, M. le Dr Latouche, d'Autun, fut appelé en consultation près d'une femme âgée de 42 ans, qui se plaignait d'une tumeur abdominale siégeant au côté droit.

Cette femme, mère de deux enfants, a toujours joui d'une santé à peu près parfaite, jusqu'au mois de juillet 1887. Il y a une vingtaine d'années, elle fut nourrice à Cherbourg et souffrit de violentes douleurs d'estomac. Ceci excepté, rien de marquant dans les antécédents personnels ou héréditaires.

En juillet 1887, elle prend une pleurésie droite pour laquelle on applique deux vésicatoires, et subitement, trois semaines après, elle a une colique hépatique nettement caractérisée. Elle n'a jamais eu d'ictère, jamais de vomissements, mais elle se plaint depuis cette colique de digestions pénibles.

Le 21 octobre 1887, jour de mon premier examen, l'état général est bon ; peu de fièvre, l'appétit et le sommeil sont conservés ; seulement la malade se plaint de voir son ventre grossir, ses vêtements deviennent trop étroits, il y a gêne et tiraillements du côté droit. L'ictère est nul ; la respiration est un peu obscure à la base droite. L'examen de la matrice et de ses annexes ne décèle rien d'anormal. Le ventre est souple, dépressible, sauf à droite, où existe une tumeur volumineuse, occupant tout le flanc droit, dépassant un peu l'ombilic sur la ligne médiane. Le foie n'est pas élevé et ne refoule nullement le poumon en haut ; la tumeur est lisse, très tendue, peu douloureuse à la palpation, elle paraît présenter une fluctuation profonde. Elle dépend manifestement du foie, avec lequel elle monte et s'abaisse par les mouvements de la respiration, et duquel la palpation la plus attentive ne peut la séparer.

Il diagnostique un kyste du foie, probablement d'origine hydatique,

Le 22 octobre, on pratique avec l'aiguille n° 2 de l'appareil Potain, une ponction au niveau de la partie moyenne de la tumeur, sur la ligne axillaire, à la hauteur de l'ombilic. L'aiguille entre très profondément, au moins à 10 ou 12 centimètres, et amène 250 grammes environ d'un pus jaunâtre, ressemblant absolument au pus d'un abcès chaud ordinaire. A la fin de la ponction, on voit sortir quelques gouttes de sang pur.

Examiné au microscope, le pus ne contient aucun crochet. Les suites de la ponction sont absolument simples, sans douleur ni fièvre.

Le 27 octobre, le Dr Latouche pratique, aidé de ses confrères les Drs Gilloz et Valot, la laparotomie. Le chloroforme est bien supporté.

Après s'être entouré des précautions antiseptiques les plus minutieuses, M. Latouche fait sur le côté droit du ventre une incision de 18 centimètres, commençant au niveau des fausses côtes et descendant obliquement vers l'ombilic, dont elle reste séparée par un espace d'environ 4 centimètres. La couche grasseuse sous-cutanée est très épaisse, elle est sectionnée couche par couche, en assurant complètement l'hémostase, qui est très facile; on découvre dans la profondeur de la plaie une masse grisâtre, friable, ressemblant à des fongosités mais peu saignante; cette masse, enlevée par raclage à la curette, est épaisse de plus de 2 centimètres et constituée par des fausses membranes résultant d'adhérences anciennes.

Au-dessous, on trouve une membrane blanche, naérée, élastique et dépressible sous le doigt, qui n'est autre que la poche du kyste. Dans l'angle inférieur de la plaie, on aperçoit nettement le tissu rouge sombre du foie se continuant sans aucune marque de séparation avec la poche.

La poche est complètement immobilisée par les adhérences et ne se laisse pas attirer à l'extérieur. Une ponction de cette poche avec l'aiguille de Potain donne 150 grammes de pus très coloré de sang.

En présence des adhérences très solides qui limitent nettement la plaie et qui empêchent tout épanchement dans le péritoine, elle est ouverte largement; le bistouri entame légèrement le foie, qui donne une hémorrhagie en nappe, facilement réprimée par une compression de quelques instants avec de la gaze iodoformée.

M. Latouche s'aperçoit alors qu'il vient d'ouvrir la vésicule biliaire; ses parois très épaissies ont de 1 à 1 centimètre et demi; elles sont absolument exangues, comme fibreuses, et crient sous le couteau. Il constate alors une masse considérable de calculs, dont le nombre s'élève à 84. Tous sont arrondis, leurs angles sont mousses et leurs dimensions variables. 7 ou 8 ont le volume de billes; 60 environ ressemblent à des haricots, et les autres à des lentilles. Ils sont durs, aucun ne se laisse broyer. Les uns sont absolument libres dans la cavité de la vésicule et sortent facilement; mais beaucoup aussi adhèrent aux parois, sont comme incrustés et résistent au grattage avec l'ongle. On doit les énucléer un à un avec la curette.

L'aspect intérieur de la vésicule vidée rappelle assez une vessie dite à colonnes; elle présente la forme d'une grosse poire à extrémité rétrécie en haut; c'est là qu'elle est la plus irrégulière. La cavité totale de la vésicule ouverte et vidée égale environ une grosse orange, et le doigt se rend facilement compte des irrégularités de la face interne. Tout à fait en haut, dans la partie rétrécie, on est forcé d'abandonner quelques calculs qui sont solidement invaginés, dans la crainte de faire des désordres profonds.

Après l'extraction des calculs, une hémorrhagie en nappe assez

abondante venant de l'intérieur de la cavité de la vésicule est arrêtée par des irrigations phéniquées à 25/1000.

Ne pouvant, à cause des adhérences aux parties voisines, penser à enlever la vésicule, M. Latouche fixe les lèvres de la poche par six points de suture à la plaie abdominale, et après un lavage très soigné de toute la cavité, il la bourre de gaze iodoformée, d'iodoforme et surmonte le tout d'un pansement phéniqué.

L'opération a duré une heure et demie et a été très prolongée par la difficulté qu'on a rencontrée pour énucléer certains calculs enchaînés.

Dans l'après-midi, la malade, qui a facilement repris connaissance, a, sans nausées, un vomissement bilieux, verdâtre. Le pouls est à 100. Elle prend un peu de grog. A 6 heures du soir, l'état général est excellent et l'opérée ne souffre pas.

28 octobre. Mauvaise journée. Pouls de 95 à 120. Température, 37°,8; vomissements fréquents de bile mêlée à des mucosités stomacales. Les vomissements sont incessants, et cependant le ventre reste souple, non douloureux; la miction se fait normalement, la langue reste normale, les vomissements cessent dans la journée du 29.

29 octobre (1^{er} pansement). Lavage très abondant; le pansement ne contient pas de bile; le fond de la vésicule est grisâtre; on ne voit aucune trace de sécrétion biliaire.

30-31 octobre. Le mieux se maintient. On place dans la plaie deux très gros drains; chaque jour, lavage phéniqué; il sort trois calculs de grosseur moyenne. La malade commence à manger un peu.

2 novembre. Température normale. On extrait deux nouveaux calculs.

9 novembre. La malade va très bien, mange, et commence à se lever pendant quelques heures. La plaie se rétrécit rapidement; les drains assurent les lavages; peu de pus; pas une goutte de bile.

1^{er} décembre. Depuis quinze jours la malade va très bien; la plaie est complètement fermée, laissant seulement sortir les drains par où se font les lavages. La malade reste debout toute la journée. Mais les digestions sont pénibles, il y a des éructations fréquentes et de la pesanteur après le repas. L'eau de Vichy amène un peu d'amélioration.

Cet état satisfaisant se continue encore pendant quinze jours; les lavages se font toujours par les drains qui, au nombre de deux, assurent le nettoyage absolu de la cavité. Il n'y a presque pas de suppuration; l'eau ressort à peu près pure; la température reste normale; à aucun moment il n'y a eu élévation thermique.

A partir du 19 décembre, l'état général est moins bon, le facies est un peu grippé, le teint devient terreux, l'amaigrissement est manifeste. Puis les vomissements réapparaissent; peu à peu augmentent, et la malade arrive à ne plus rien conserver. Il n'y a pas trace d'ictère, ni à la peau ni dans les urines, qui ne contiennent ni sucre ni albumine. Le foie grossit, il est dur et lisse; à gauche, on le sent jusqu'à la partie moyenne des fausses côtes; en bas, il descend jusqu'à deux travers de doigt de l'épine iliaque. Manifestement on se trouve en présence d'une hypertrophie du tissu hépatique.

Néanmoins, et bien que ne sentant nulle part de fluctuation, je fais en deux endroits différents deux ponctions qui ne donnent rien.

L'état général devient de plus en plus mauvais, l'amaigrissement augmente, le facies devient grippé, les digestions sont de plus en plus pénibles, et la mort arrive le 25 décembre 1887.

Cette observation, que j'ai très peu écourtée, m'a semblé intéressante à signaler avec quelques détails, car les cas d'intervention sur la vésicule biliaire sont encore peu multipliés en France.

Je crois avoir été le premier à publier une observation complète pratiquée à Paris et présentée devant l'Académie de médecine en 1887, et à propos de laquelle notre collègue, M. Polaillon, a bien voulu faire un rapport.

M. Terrier en a publié une seconde observation dans le *Progrès médical*, en 1888. Cette dernière diffère cependant de la plupart des autres par ce fait que l'intervention chirurgicale n'avait pas primitivement pour but de s'attaquer à la vésicule biliaire. Celle-ci contenait un calcul, mais ne présentait aucune autre altération et n'avait subi aucune altération de volume.

Depuis ma première opération, j'ai eu l'occasion de faire deux interventions semblables pour des vésicules biliaires volumineuses. L'une contenait 700 et l'autre 1,500 grammes de liquide; elles étaient épaissies, enflammées et oblitérées; au lieu de contenir des calculs, leurs parois étaient couvertes d'incrustations calcaires adhérentes à la muqueuse altérée.

Mes trois observations personnelles et celle de M. Latouche me permettent de faire quelques remarques à propos de la cholécystotomie.

Cette observation présente quelques points intéressants qui méritent d'être mis en relief.

Le début des accidents remonte à quatre mois avant l'opération, et est caractérisé par les symptômes ordinaires de la colique hépatique.

A partir de cette époque, la malade maigrit, elle voit son côté droit augmenter, surtout au niveau des fausses côtes, avec des douleurs et des tiraillements.

Il semble donc qu'à ce moment la vésicule, déjà remplie de calculs, s'est enflammée et qu'elle a contracté des adhérences avec les parties voisines; ce sont ces adhérences qui ont été constatées pendant l'opération et qui ont rendu l'ablation de la vésicule impossible.

Un second point important et qui mérite d'attirer l'attention est la situation de la vésicule ainsi dilatée par 250 grammes de liquide

et 80 calculs biliaires. Elle occupait le flanc droit et dépassait à peine la ligne médiane, sans atteindre le côté gauche de l'abdomen.

Ceci est intéressant, car on a noté ordinairement que la tumeur formée par la vésicule se portait en avant et gagnait directement la région de l'ombilic. Ici, au contraire, elle occupait tout le côté droit, et descendait sous les côtes jusqu'au voisinage du rein. Du côté, chez une de mes malades, dont la vésicule était énorme, puisqu'elle était distendue par 1,400 grammes de liquide biliaire, elle occupait la même situation. Débordant à peine la ligne médiane à gauche, elle descendait sous les fausses côtes et dans le flanc droit jusqu'à la région rénale.

Cette situation de la vésicule malade n'est pas toujours identique; en effet, chez une seconde de mes malades, la poche contenait 700 grammes de liquide, mais elle proéminait surtout à gauche et débordait très peu la ligne médiane à droite. Ce fait avait été une cause d'hésitation pour le diagnostic, que la ponction exploratrice put seul éclairer.

Une troisième particularité consiste dans le nombre des calculs qui était ici considérable et au nombre de 84. Il est vrai qu'on a pu en extraire davantage dans certaines circonstances, mais cela est rare.

Ici, l'oblitération du canal cystique était évidente et probablement déjà ancienne, car on ne trouvait dans la poche aucune trace de bile. L'orifice ne put être découvert pendant l'opération, et jamais, depuis cette époque, il n'y eut aucun écoulement de bile. La malade avait des selles colorées qui indiquaient bien l'intégrité de cette fonction.

Un fait intéressant dans cette observation, c'est la façon dont la mort est survenue après deux mois. La malade allait bien et la fistule qui avait succédé à l'opération paraissait se combler rapidement. Cependant la malade mourut d'épuisement le 25 décembre, après une période de vomissements incoercibles, deux mois après l'opération.

M. Latouche invoque pour expliquer ces phénomènes une hypertrophie du foie, cet organe ayant augmenté rapidement, au point que, croyant à une fluctuation localisée, le chirurgien a ponctionné deux fois le tissu hépatique sans succès.

Si la malade avait présenté de l'ictère, on aurait pu admettre qu'il s'était produit tardivement une oblitération du cholédoque avec engorgement du foie; mais l'ictère a manqué.

J'avouerai que cette mort, arrivant en moins de quinze jours, car les accidents n'ont débuté que six semaines après l'opération, ressemble assez nettement à celle produite par une septicémie due à l'altération des liquides dans une poche fistuleuse. Cependant

rien ne le prouve, puisque la température n'a pas été notée exactement dans cette période et que l'autopsie n'a pas été faite.

Je n'en considère pas moins cette observation comme très intéressante, car elle montre que l'intervention hardie est très indiquée dans les cas de vésicules biliaires dilatées et contenant ou non des calculs avec ou sans suppuration.

Je propose donc d'adresser des remerciements à l'auteur.

Discussion.

M. TERRIER. Je trouve que l'histoire des lésions de la vésicule biliaire n'est pas nettement établie.

Ces lésions peuvent être classées selon moi en trois catégories. Dans une première, il convient de ranger les cas où on a constaté une oblitération de la vésicule biliaire sans qu'on en eût établi la cause réelle. Un liquide incolore, sécrété par les glandes mêmes de la vésicule, distend cette dernière, et a donné lieu, après ponction exploratrice, à des confusions avec les kystes hydatiques. Les malades guérissent dans ces cas si les canaux biliaires sont en bon état.

Dans une deuxième catégorie de faits, la vésicule s'est enflammée; on a constaté également des restes inflammatoires à sa périphérie, déterminant des adhérences anormales qui compliquent notablement les interventions. La guérison est pourtant encore possible par incision ou extirpation de la vésicule altérée. Les malades, comme cela est pour certaines espèces animales, vivent sans vésicule biliaire.

Dans une troisième catégorie, la vésicule contient des calculs; elle est enflammée par leur présence, participant ainsi à l'inflammation des organes adducteurs de la bile. Si, dans ces cas, on intervient par l'incision ou l'extirpation, il reste une fistule biliaire. Si les accidents sont causés par les seuls calculs, la guérison peut s'effectuer, quoique des calculs profondément engagés dans le col de la vésicule n'aient créé, ainsi qu'à M. Terrillon, des difficultés considérables.

Les malades, du reste, ne guérissent point toujours par suite de l'établissement d'une fistule, car ils peuvent conserver des lésions hépatiques mal définies encore, auxquelles ils finissent par succomber.

Le pronostic varie donc avec l'état d'intégrité ou d'altération de l'organe hépatique.

On constate parfois aussi une sorte d'incrustation des parois de la vésicule par des granulations solides, qui résultent à n'en pas douter d'un état pathologique de la vésicule elle-même.

On voit, par ce qui précède, combien un classement exact des faits est difficile, et comment se peuvent expliquer les succès définitifs ou relatifs des diverses opérations exécutées sur ces organes.

M. JALAGUIER. J'ai observé un fait qui vient à l'appui des opinions émises par MM. Terrillon et Terrier ; il s'agit d'un cas d'hydropisie de la vésicule biliaire avec oblitération temporaire du canal cystique, permanente du canal cholédoque. J'ai pratiqué la cholécystotomie le 10 août dernier, à la Salpêtrière, dans le service de M. Terrillon, que je suppléais à cette époque.

La malade, âgée de 35 ans, avait éprouvé depuis 1883 sept crises violentes de coliques hépatiques, avec vomissements bilieux, mais sans ictère. La dernière crise, qui éclata le 17 juillet 1888, fut marquée par des douleurs excessives et par l'abondance des vomissements ; de plus, le 22 juillet, l'ictère apparut, et les selles devinrent blanchâtres ; les vomissements cessèrent, mais les douleurs hépatiques persistèrent, toujours très vives, au point que la malade pouvait à peine respirer, et supportait très difficilement le contact de ses vêtements. L'appétit était nul. Quand je l'examinai le 12 août, la teinte ictérique était au maximum ; les conjonctives étaient verdâtres, les urines noirâtres, les selles presque blanches ; on sentait au-dessous de la partie moyenne du rebord costal, à droite, une tumeur piriforme, très dure, grosse comme un œuf de poule et descendant jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic. Le foie ne semblait pas hypertrophié.

Mon diagnostic fut : tumeur biliaire avec oblitération du canal cholédoque.

Le 16 août, je fis une incision verticale de 8 centimètres le long du bord externe du muscle grand droit ; j'arrivai sur le fond de la vésicule qui fut ponctionnée avec le trocart aspirateur de Dieulafoy ; elle contenait 300 grammes de liquide muqueux, filant, blanc, à peine vaguement teinté en vert. La bile ne pénétrait évidemment plus dans la vésicule.

Quand la vésicule fut incisée et fixée avec des pinces, je n'y trouvai aucun calcul ni aucune espèce de concrétion sur la paroi. Avec l'index et le médius gauche, introduits dans le péritoine, j'explorai minutieusement le col de la vésicule et le canal cholédoque, sans rien rencontrer qui révélât le point obstrué.

Les lèvres de l'incision pratiquée à la vésicule furent soigneusement suturées à la partie supérieure de la plaie abdominale, dont la moitié inférieure fut fermée par cinq points de suture au crin de Florence. Drainage, pansement iodoformé.

Le soir, le pansement était traversé par une grande quantité de

bile; le canal cystique était donc débouché. J'espérais qu'il en serait de même du cholédoque. Il n'en fut rien; la bile continua de s'écouler en totalité par la fistule. La teinte ictérique commença à décroître à partir du 25 août et disparut peu à peu complètement. L'appétit reparut et la malade reprit quelques forces. Elle quitta l'hôpital dans les premiers jours d'octobre, portant un appareil destiné à recueillir la bile. L'état général n'était pas mauvais; cependant des signes de tuberculose pulmonaire qui existaient avant l'opération s'étaient notablement accentués.

J'ai revu la malade il y a deux jours; elle est arrivée au dernier degré de la phthisie; la bile s'écoule toujours en grande abondance par la fistule.

Communication.

Opération césarienne. Enfant vivant. Guérison de la mère.

Par M. BOUILLY.

La femme qui fait le sujet de cette observation a toujours été très petite, malingre, et n'a marché qu'à l'âge de 7 ans; elle était « nouée ». De 7 à 20 ans, elle a eu de fréquentes indispositions et des accidents de dyspepsie et de rachialgie, jusqu'à l'apparition des premières règles, qui ne se fit qu'à 20 ans. Depuis cette époque, elle a été réglée tous les mois pendant quatre jours, avec peu d'abondance.

Elle entra une première fois à l'hôpital Cochin, au pavillon d'accouchements, le 6 avril 1887, en plein travail; l'accouchement dut être terminé par la basiotripsie, et on en put extraire une fille à terme, putréfiée, en position O. I. G. A.

Elle redevint enceinte, et ses dernières règles se montrèrent fin juin 1887; elle est donc à *terme* dans la fin de mars, époque à laquelle elle se présente à l'hôpital Cochin.

La grossesse a évolué sans accidents d'aucune sorte.

L'examen de la malade révèle les particularités suivantes : le facies a le caractère du facies rachitique; le front est légèrement asymétrique, les bosses frontales sont très saillantes, les incisives supérieures sont crénelées et déjetées en avant.

Il existe une scoliose dorsale avec convexité à droite et courbure lombaire compensatrice; le sacrum est dévié à droite.

Les fémurs et les tibias sont incurvés; les membres supérieurs et le thorax sont à peu près normaux.

Mensurations du bassin.

| | |
|--|------|
| D'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre..... | 24,5 |
| D'une épine iliaque antéro-supérieure à la symphyse pubienne.. | 16 |
| De la première vertèbre sacrée à la symphyse pubienne..... | 15 |

| | |
|--|-----|
| Diamètre promonto-sous-pubien avec déduction | 6,5 |
| Diamètre coccy sous-pubien..... | 9 |
| Diamètre bis-ischiatique..... | 7,5 |
| Diamètre transverse au détroit supérieur (dont 6 centimètres environ pour le côté gauche)..... | 11 |

Le bassin est donc à peu près régulièrement rétréci.

Au palper, la tête est dans la fosse iliaque droite, le front en haut et à droite; le dos à gauche et en avant; le siège est dans l'hypochondre gauche; les petites extrémités sont senties dans l'hypochondre droit.

Le col n'est pas effacé; il a une longueur environ de 3 centimètres; il est mou, dilatable; l'orifice interne est facile à franchir. En appuyant sur la tête à travers la paroi abdominale, le doigt qui touche sent le sommet; la tête est mobile et ballotte facilement.

Le maximum des bruits du cœur fœtal s'entend près de l'ombilic, mais un peu à gauche.

La malade n'est nullement en travail. Il est décidé, avec son assentiment et sur sa demande d'avoir un enfant vivant, qu'elle subira l'opération césarienne. Elle y est préparée par des injections antiseptiques vaginales, par des lavements, des grands bains.

Je ne crois pas nécessaire d'attendre le commencement du travail; l'opération est pratiquée le 31 mars 1888, à 9 heures et demie du matin.

Opération. — M. Potocki, ancien interne de la Maternité, me sert d'assistant. Lavage ordinaire de l'abdomen au savon et à la liqueur de Van-Swieten.

Incision de 18 centimètres environ partant de l'ombilic et descendant sur la ligne médiane jusqu'à 6 centimètres environ au-dessus du pubis; la paroi abdominale est très mince et l'on tombe de suite sur l'utérus. L'aide appuie les lèvres de l'incision sur les parties latérales de l'utérus qui offre sa face antérieure et s'énuclée en quelque sorte hors de l'abdomen.

Une incision longue de 16 centimètres environ descend sur la face antérieure de l'utérus sur la ligne médiane; la paroi interne est très mince et le bistouri effleure la peau de l'avant-bras de l'enfant. Un flot de liquide amniotique s'écoule hors de l'abdomen. Le fœtus se présente par l'épaule gauche; on lui fait subir une *évolution spontanée* et on extrait une fille vivante du poids de 3kg,400 avec plusieurs circulaires autour du cou.

Le placenta et la membrane sont extraits facilement et en totalité; il s'écoule à ce moment une quantité assez considérable; l'hémorrhagie n'est pas inquiétante; cependant elle est réprimée par la compression exercée à pleine main au niveau du segment inférieur de l'utérus et par deux piqûres de cinq gouttes d'égotinine. L'utérus se rétracte immédiatement, et l'incision, qui avait environ 16 centimètres, se réduit à une plaie de 8 centimètres, à parois épaisses et très charnues.

L'hémostase définitive et le nettoyage de la cavité utérine sont obtenus par un grand lavage à l'eau bouillie à 47-48°.

Sutures. — Dix sutures profondes au fil d'argent rapprochent les bords

de la plaie utérine; les fils sont passés avec une aiguille lancéolée, à 1 centimètre en dehors des lèvres de l'incision, parcourant le tissu musculaire, sans intéresser la muqueuse; 18 sutures *superficielles* avec de la soie fine complètent l'affrontement; elles n'intéressent que le péritoine et passent environ à 5 millimètres en dehors de la plaie.

Pour la suture utérine, il n'est fait aucune section de tissu musculaire ni aucun décollement de la séreuse.

Enfin, pour prévenir le retour d'une nouvelle grossesse qui devrait nécessiter une nouvelle opération césarienne, je pratique une manœuvre que je crois nouvelle. Pensant que l'ablation des ovaires et les manœuvres opératoires au niveau des ligaments larges gorgés de vaisseaux sanguins pourraient compliquer l'opération, je me contente d'interrompre la continuité du canal des trompes et de fermer ainsi le passage aux spermatozoïdes et aux ovules. Pour obtenir ce résultat, un fil de soie de volume moyen est passé autour de chaque trompe à 2 centimètres environ de l'utérus et fortement serré, absolument comme lorsqu'on pratique la ligature d'une artère. Le fil est coupé au ras et abandonné.

L'utérus, qui était enveloppé de compresses bouillies et trempées dans la liqueur de Van Swieten chaude, est réintégré très facilement dans le ventre; toutes les manœuvres de l'extraction de l'enfant et de suture utérine se sont passées très facilement hors de l'abdomen. Il n'est tombé aucun liquide dans le péritoine; la toilette est rapidement faite avec une seule éponge.

La paroi abdominale est réunie avec 7 sutures profondes au fil d'argent fort et 12 superficielles au crin de Florence.

Le pansement est fait avec de la gaze iodoformée, de l'ouate et un bandage de corps en flanelle. Le vagin est bourré avec de la gaze iodoformée.

Durée totale de l'opération, y compris le pansement: 1 h. 1/4.

Suites opératoires. — Il n'y a pas de choc opératoire; la malade ne se plaint dans la journée que de coliques très violentes calmées par 2 piqûres de morphine de 5 gouttes chacune d'une solution en 1/50°. Les coliques allèrent en diminuant dès le lendemain et étaient tout à fait disparues au quatrième jour.

Au second jour, miction spontanée; au quatrième jour, garde-robe abondante. Le 5^e jour, le tampon iodoformé est changé; il n'est couvert que d'une petite quantité de mucosité sanguinolente sans odeur.

Septième jour, ablation des sutures; réunion de la paroi par première intention.

La malade se lève pour la première fois le 17 avril et part au Vésinet le 21, c'est-à-dire 22 jours après son opération; elle est en parfait état.

Le ventre est absolument indolent, l'utérus est volumineux et facile à sentir à un travers de main environ au-dessus de la symphyse pubienne. Il n'y a aucun écoulement par le vagin.

Depuis cette époque, la mère et l'enfant ont été revus à diverses reprises; ils sont en parfait état l'un et l'autre.

L'opération césarienne est pratiquée assez souvent aujourd'hui pour que je n'aie pas besoin d'insister longuement sur cette nouvelle observation. Je ne fais remarquer que les points suivants :

1° Les conditions favorables fournies par l'opération pratiquée avant le début du travail ; à un moment où l'utérus n'a été soumis à aucune cause possible d'infection et où toutes les précautions peuvent être facilement prises.

2° L'inutilité de s'occuper de l'écoulement des lochies quand l'utérus a été complètement et aseptiquement débarrassé de son contenu et quand le vagin est entretenu aseptique. Je n'ai mis aucun tube ni aucun moyen de drainage quelconque dans le col ; le vagin a été bourré de tampons de gaze iodoformée sur lesquels il n'a été recueilli qu'une quantité tout à fait insignifiante de sécrétions ;

3° L'occlusion parfaite de la plaie utérine, grâce aux sutures multipliées, profondes et superficielles, appliquées d'après les principes formulés par Scenger, et la tolérance parfaite du tissu utérin par les sutures métalliques ;

4° La précaution prise contre une grossesse future par la ligature des deux trompes. Je crois avoir exécuté le premier cette petite manœuvre complémentaire de l'opération césarienne. Elle est infiniment plus simple et moins dangereuse que l'opération de Powo, qui n'est pas indiquée, quand le contenu de l'utérus est aseptique ; elle est également plus simple et plus innocente que l'ablation des ovaires, compliquée par le développement extrême des vaisseaux dans ces circonstances spéciales.

Discussion.

M. GUÉNIOU. M. Bouilly a exécuté une manœuvre que j'ai conseillée depuis longtemps, c'est de faire sortir l'utérus hors de la cavité abdominale, et de ne l'inciser que lorsqu'il est amené au dehors. Toute l'opération se fait ainsi hors du ventre, la toilette du péritoine devient inutile.

J'ai recommandé également de ne donner à l'incision utérine qu'une longueur aussi restreinte que possible ; si par accident le placenta se rencontrait sur le chemin de l'incision, il en résulterait une hémorrhagie formidable.

D'un autre côté, la rétraction utérine est d'autant moins rapide et moins énergique qu'un plus grand nombre de fibres musculaires ont été divisées. M. Bouilly a fait une incision de 16 centimètres, qui est bien plus que suffisante, selon moi, pour livrer passage au fœtus et à ses annexes.

On a bien prétendu que les incisions insuffisantes pouvaient parfois étrangler le cou du fœtus pendant son dégagement ; mais les dif-

ficultés de ce genre, si tant est qu'elles puissent exister, sont faciles à tourner.

Je juge qu'il serait utile de faire précéder l'opération d'une injection d'ergotine, en vue de faciliter la rétraction utérine. Cette pratique aurait une utilité d'autant plus réelle que l'expérience m'a appris que le résultat de piqûres pratiquées à la cuisse, par exemple, se fait parfois attendre pendant une demi-beure ou trois quarts d'heure.

M. LE DENTU. Ne serait-il point préférable d'appliquer la ligature tubaire vers l'extrémité externe de la trompe que près de son insertion utérine.

M. MARCHAND. J'ai pratiqué à l'hôpital Cochin, le 17 juillet 1882, une opération césarienne chez une femme à terme et en travail depuis sept heures. Elle avait un cancer du col de l'utérus extrêmement étendu, envahissant tout le col et la partie supérieure du vagin. Mon observation, intéressante à plusieurs titres, a été publiée en entier dans la thèse de M. Barbulée, élève de M. Budin.

Je ne tiens à relever ici que les quelques particularités suivantes : l'utérus ne fut incisé qu'après que je l'eus fait saillir presque en totalité hors de l'ouverture abdominale.

Les mains d'un aide étaient appliquées directement sur cette dernière de façon à ce qu'il n'existât aucun espace entre ses lèvres et le globe utérin. La manœuvre fut si fidèlement exécutée qu'après la déplétion de l'utérus ce dernier se trouvait complètement hors de l'abdomen.

Le décollement du placenta amena une hémorrhagie véritable qui me causa quelque souci. La contractilité du muscle utérin fut ramenée à l'aide de fragments de glace dont je bourrai en quelque sorte la cavité de l'utérus.

Aucune toilette du péritoine ne fut nécessaire, puisqu'il n'était tombé dans sa cavité aucune goutte de sang ou d'un autre liquide au cours de l'opération.

La plaie utérine fut fermée au moyen de 7 points de suture au catgut, fort appliqué suivant la méthode de Lembert. La manœuvre, facile à exécuter à la partie supérieure de l'incision, fut très difficile à la partie inférieure, en raison de la rigidité du tissu de l'organe.

La malade succomba 51 heures après l'opération à des accidents formidables de péritonite septique suraiguë qui débutèrent dans la soirée du troisième jour et amenèrent la mort en quelques heures.

L'autopsie rendit très bien compte de ce résultat. Dans les deux tiers inférieurs, les lèvres de la plaie utérine étaient parfaitement accolées. Trois sutures avaient cédé à la partie inférieure de l'incision, et par une réouverture de l'incision qui mesurait deux à trois

centimètres, les liquides utérins, sanglants, ichoreux, excessivement fétides, provenant des lochies altérées par la sécrétion de la lésion cancéreuse, s'étaient écoulés dans le petit bassin, produisant ainsi la septicémie péritonéale foudroyante à laquelle la malade avait succombé en quelques heures.

M. BOUILLY. Chez les femmes rachitiques à tronc court, il n'y a ni difficulté ni mérite à faire sortir l'utérus de la cavité abdominale, puisqu'il s'énuclée de lui-même.

Je crains beaucoup moins l'hémorrhagie que M. Guéniot, puisqu'il est toujours possible de s'en rendre maître au moins temporairement par l'application sur le col d'un lien de caoutchouc, comme cela se pratique pour les myomotomies. Du reste, l'utérus étant complètement sorti de la cavité péritonéale, on peut exercer sur lui une compression directe. Les injections chaudes ont également une utilité incontestable.

Je connaissais l'observation de M. Marchand et sa tentative de suture de la plaie utérine. Cette méthode s'est depuis lui vulgarisée et très perfectionnée, et j'attribue une bonne part de mon succès à la multiplicité de mes sutures ainsi qu'à leur solidité.

M. GUÉNIOT. L'application du tube de caoutchouc permet, il est vrai, de pratiquer les sutures à blanc. Mais le tube enlevé, ne faut-il point redouter cette plaie sanguine par les pertuis les plus légers qu'on voit succéder à l'application de la bande d'Esmarch ?

J'approuve en tous points du reste la conduite de M. Bouilly, mais je n'en crois pas moins à l'utilité des petites incisions.

Présentation de malade.

M. LE D^r CHAPUT présente un malade auquel il a fait l'opération de Wladimiroff Mikulicz le 14 septembre 1888.

Il a employé l'incision en quadrilatère recommandée par Mikulicz. Le résultat fonctionnel est très satisfaisant, et il n'y a pas trace de récidive. Il persiste une bande d'anesthésie au bord externe du pied, et un peu de mobilité au niveau des surfaces osseuses sectionnées ; cependant le malade marche sans boiter avec un appareil silicaté et ne souffre en aucune façon en appuyant son pied nu par terre. Il n'y a pas de raccourcissement du pied.

Présentation de pièces.

M. LE D^r PAUL BERGER présente une pièce dentaire (une moitié de râtelier) qui avait été avalée par une malade de son service, et qui fut rendue avec les garde-robes treize jours après son introduction accidentelle dans les voies digestives. Cette pièce, de forme courbe, mesure 6 centimètres de longueur sur 2 1/2 de large ; elle porte six dents très tranchantes, et présente un bord terminé par une pointe assez aiguë. Ce qu'il y a de particulier dans l'histoire de ce corps étranger, c'est que sa migration au travers du tube digestif a pu être suivie par la palpation. Le lendemain du jour où cette pièce fut avalée, elle put être sentie par les doigts déprimant la paroi abdominale au niveau de la grosse tubérosité de l'estomac qui était fort distendue par les gaz ; il existait des douleurs gastriques assez vives. Le surlendemain, 18 février, la sensation que donnait le corps dur ne pouvait plus être perçue en cet endroit, mais on la trouvait de la façon la plus manifeste au niveau du cæcum. Le 24 au matin, elle avait disparu, mais on pouvait la percevoir au milieu de matières qui remplissaient l'S iliaque. Pendant quelques jours, il fut impossible de la retrouver, puis, le 1^{er} mars, on sentit de nouveau très nettement le corps étranger dans l'S iliaque. Un purgatif fut donné, mais ce ne fut que dans la nuit du 2 au 3 mars que la pièce en question fut expulsée spontanément et sans difficulté par l'anus. A aucun moment la malade ne présenta de phénomènes inquiétants.

Discussion.

M. LEDENTU. J'ai observé, au mois de novembre dernier, une jeune femme de 18 ans qui avait avalé, pendant son sommeil, une pièce dentaire antérieure terminée à ses deux extrémités latérales par un crochet s'adaptant aux deux premières petites molaires. Le corps étranger était arrêté à 27 centimètres de l'arcade alvéolaire. La malade étant anesthésiée, j'ai essayé de refouler la pièce dentaire vers l'estomac au moyen d'une boule œsophagienne ; celle-ci ayant dépassé le corps étranger, je la raménais en haut, mais elle l'accrocha si solidement que je fus amené malgré moi à l'extraire par la bouche. Je suis convaincu que la chloroformisation a beaucoup facilité cette extraction que je condamnais en principe, à cause des nombreux accidents auxquels elle a donné lieu.

M. TERRIER. Il importe, dans ces extractions, de procéder avec une extrême prudence, car elles ont été parfois l'occasion de dé-

chirures de la muqueuse, ou même d'organes voisins importants.

M. PERRIER. Je fus appelé, il y a quelques années, dans le service de M. Voisin, à la Salpêtrière, pour une aliénée qui avait avalé un couteau d'une certaine dimension. On la tint en observation. Quatre ou cinq jours après cet accident, on retrouva dans les selles une monture de lunettes ; mais le couteau n'est jamais reparu.

Présentation de pièce.

Corps étrangers des voies aériennes.

M. JALAGUIER. J'ai l'honneur de présenter à la Société, en mon nom et au nom de M. Témoin, interne des hôpitaux, une amande de dragée qui a séjourné cinq jours dans les voies aériennes d'une cuisinière âgée de 37 ans.

Lorsque je fus appelé près d'elle, le dimanche 27 février dernier, elle venait d'être apportée dans le service de M. Tillaux, à l'Hôtel-Dieu, en proie à un accès de suffocation épouvantable : la face était violacée, le regard anxieux, la voix complètement éteinte ; la malade faisait de violents efforts d'inspiration et indiquait par gestes qu'elle sentait le corps étranger dans la partie supérieure de la trachée. Quand j'arrivai à l'hôpital, l'asphyxie avait cessé depuis quelques minutes ; la voix était revenue, et la malade disait sentir le corps étranger, du côté droit de la poitrine, en un point correspondant à la face antérieure de l'omoplate. L'auscultation nous montrait que le murmure respiratoire, normal à gauche, avait presque complètement disparu à droite. La malade put nous donner les renseignements suivants :

Le 13 février, à huit heures et demie du soir, elle suçait une grosse dragée lorsque, brusquement, on lui parla ; elle voulut répondre, fit une inspiration, et la dragée passa dans les voies aériennes. Aussitôt elle fut prise d'un accès de suffocation, fit de violents efforts pour rejeter le corps étranger, mais ne put y parvenir. Un médecin mandé en toute hâte l'examina avec un miroir laryngien, n'aperçut pas la dragée et se contenta de prescrire une potion calmante.

Dans la nuit, trois ou quatre accès de suffocation.

Le 14, nouveaux accès ; la malade sentait très bien l'amande monter et descendre dans sa trachée chaque fois que l'amande descendait, les symptômes d'étouffement disparaissaient pour reparaitre chaque fois qu'elle remontait vers le larynx.

Le 15, les accès deviennent plus nombreux.

Le 16, même état, on lui donne un vomitif et un purgatif, sans aucun résultat ; pendant la nuit fut très calme.

Le 17, matinée calme ; mais, vers midi, elle sentit l'amande remonter et fut prise d'un accès terrible. On la conduisit à l'hôpital.

L'indication était formelle, il fallait faire la trachéotomie pour donner issue à l'amande qui ne pouvait franchir le larynx, et, dans tous les cas, pour mettre le malade à l'abri d'un accès de suffocation, peut-être mortel, par suite de l'enclavement du corps étranger dans l'orifice glottique.

L'opération fut pratiquée séance tenante, au bistouri, après insensibilisation préalable, avec une injection de cocaïne à 1/20. Elle s'effectua sans difficulté ; je fis à la trachée une incision d'au moins deux centimètres, et j'introduisis un dilatateur à trois branches. Mais j'eus beau faire tousser la malade, en excitant la muqueuse trachéale, varier sa position, percuter le côté droit de la poitrine, le corps étranger ne bougea pas. Avec une longue pince courbe j'allai à sa recherche vers la bronche droite, je ne pus le rencontrer. Il était évident que l'amande, attirée très loin dans la bronche droite par la violente inspiration qui avait mis fin au dernier accès de suffocation, était solidement fixée. Je cessai donc toute manœuvre d'extraction et je plaçai une canule dans la trachée. Je quittai l'hôpital laissant les instructions nécessaires pour que, dès que la malade s'apercevrait d'un déplacement du corps étranger, M. Témoin fût prévenu. Il était convenu, avec ce dernier, qu'il enlèverait aussitôt la canule et la remplacerait par le dilatateur.

La nuit fut calme, bien que, à un moment donné, l'amande s'étant déplacée, il y ait eu un léger accès de suffocation ; l'infirmière, suivant les ordres que je lui avais donnés, introduisit un écouvillon dans la canule, repoussa le corps étranger et tout rentra dans l'ordre.

Le 18, la matinée fut calme ; à une heure, je vis la malade, qui me dit que l'amande n'avait pas bougé depuis le milieu de la nuit, et qu'elle la sentait toujours au même point.

Le soir, M. Témoin est prévenu que la malade sent l'amande qui s'est déplacée de nouveau. La canule enlevée immédiatement, le dilatateur est introduit et, pendant un effort de toux, l'amande vient se placer de champ dans la plaie ; mais au moment de la saisir, elle disparaît dans un mouvement d'inspiration.

La trachée excitée de nouveau, l'amande apparaît encore, et, cette fois, peut être enlevée. La canule est supprimée, et un pansement au salol appliqué sur la plaie.

Tout marcha le mieux du monde ; le 27 février la voix était normale et la plaie presque complètement cicatrisée. La malade quitta l'hôpital quelques jours plus tard.

Cette observation m'a paru mériter de vous être présentée non pas seulement à titre de curiosité, à cause de la nature exceptionnelle du corps étranger, mais surtout parce qu'elle démontre une fois de plus l'importance de ce précepte chirurgical qui veut que, étant donné un corps étranger mobile des voies aériennes, le chirurgien ne quitte pas son malade avant d'avoir extrait ce corps

étranger, ou, tout au moins, avant d'avoir placé dans la trachée une canule destinée à prévenir les accidents si redoutables de l'enclavement du corps étranger dans le larynx.

La séance est levée à 5 heures.

Le Vice-Secrétaire annuel,
A.-H. MARCHAND.

Séance du 20 mars 1889.

Présidence de M. LE DENTU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

- 1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;
- 2° Le premier fascicule de nos *Bulletins et Mémoires* pour l'année 1889 ;
- 3° Une lettre de M. le Dr ENCHARD, médecin major à l'hôpital des Invalides, demandant à être inscrit comme candidat au titre de correspondant national ;
- 4° Une lettre annonçant à la Société le décès de M. le professeur DENNÉ (de Bordeaux), membre correspondant national ;
- 5° Une lettre et deux exemplaires de la thèse de M. le Dr CHOBANT (de Lyon), sur la *Tarsectomie antérieure totale et partielle dans les cas pathologiques* ; destinée au concours du prix Duval ;
- 6° *Traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie*, par le Dr A. PONSSON ; mémoire récompensé par la Société de Chirurgie ;
- 7° M. PEYROT demande un congé de quatre mois pour le cours supplémentaire dont il est chargé à la Faculté.

M. le Président annonce que M. Ovion, membre correspondant, assiste à la séance.

A propos du procès-verbal.

M. JALAGUIER. La malade dont j'ai cité l'observation dans la dernière séance est morte hier de tuberculose pulmonaire, sept mois après mon opération de cholécystomie. Grâce à l'obligeance de mon collègue et ami Troisier, et de son interne M. de Saint-Germain, j'ai pu disséquer les voies biliaires, et voici ce que j'ai constaté : la fistule, réduite aux dimensions d'un stylet de trousse, conduisait dans un canal du diamètre d'un crayon, qui représentait tout ce qui restait de la vésicule ; au niveau du col, se voyait une adhérence intime avec le tissu hépatique et une coudure brusque, expliquant comment la communication entre le canal cystique et la vésicule avait pu être interrompue avant l'opération, et se rétablir spontanément après l'évacuation du liquide et la fixation du fond de la vésicule à la paroi. Le canal cholédoque était très dilaté, gros comme le petit doigt, et, près de l'extrémité inférieure, à 15 millimètres au-dessus de l'orifice de l'ampoule de Vater, arrêté par un rétrécissement circulaire, j'ai trouvé un calcul gros comme un pois chiche. A l'aide de pressions j'ai pu faire remonter ce calcul, mais il m'a été impossible de le conduire dans le canal cystique, il est venu constamment s'engager dans le canal hépatique. La situation de ce calcul, dans une portion du canal cholédoque entourée de toute part par le tissu pancréatique, fait comprendre comment il avait pu échapper à mon investigation. Du reste, si je l'avais trouvé, il est bien évident que je n'aurais pu songer à l'extraire, en ce point, peut-être aurais-je essayé de le faire remonter, mais je n'aurais certainement pas pu le mener dans le canal cystique, et j'aurais été obligé soit d'inciser le canal, ce qui ne doit pas être facile, soit d'essayer de le briser à travers la paroi du cholédoque, ce qui n'aurait probablement pas pu se faire sans danger pour la paroi, en raison de la consistance du calcul qui est très dur.

La malade n'en a pas moins été bien soulagée par mon opération à laquelle elle a survécu sept mois ; elle a succombé à une tuberculose pulmonaire dont la marche a sans doute été hâtée par l'affaiblissement consécutif à l'écoulement de la bile hors de l'intestin, et aussi par l'altération du foie qui était identique à celle que l'on observe après la ligature expérimentale du canal cholédoque. Cette lésion caractéristique de la rétention biliaire est certainement antérieure à l'opération, puisque depuis le 10 août la bile encore sécrétée s'est écoulée en totalité par la fistule.

Présentation de malade.

M. DESPRÉS fait présenter la malade à laquelle il a extirpé la clavicule et remet son observation complète.

*Tumeur de la clavicule droite (Ostéosarcome central).
Résection totale de la clavicule.*

(Observation recueillie par M. A. BERGÉ, interne des hôpitaux.)

Aimée S..., 14 ans. Comme antécédents héréditaires, il n'y a rien à noter; comme antécédents personnels, S... a eu la rougeole et les oreillons; elle est réglée depuis mai 1888.

Au mois de septembre 1888, il y a cinq mois, la malade ressent quelques douleurs dans la région claviculaire droite, douleurs qui éveillent son attention et lui font reconnaître l'existence d'une grosseur de la dimension d'une petite noix. Depuis cette date, la tumeur s'est accrue d'une façon sensible. Elle atteint actuellement le volume d'une mandarine.

Le développement progressif de la tumeur ne s'est accompagné que de quelques élancements dans l'épaule. Pas de douleurs ni de fourmillements, ni d'engourdissement dans le bras. Pas de gêne dans les mouvements du bras, pas de parésie, pas d'œdème.

La tumeur s'est développée sans phénomènes inflammatoires.

La malade ne se souvient pas d'avoir reçu de traumatisme dans la région affectée.

L'état général est excellent. La malade est grande pour son âge, bien développée.

L'examen local révèle, au niveau de la clavicule droite, l'existence d'une tumeur déterminant une saillie hémisphérique, parfaitement circonscrite, de la dimension d'une mandarine, paraissant faire corps avec la clavicule, mobile en même temps que cet os, dans les mouvements de l'épaule, non adhérente à la peau qui glisse très aisément sur elle, et présente seulement à son niveau une teinte bleuâtre très peu prononcée. La tumeur est un peu plus rapprochée de l'extrémité externe de la clavicule que de l'extrémité interne. Elle semble plus développée en arrière qu'en avant. Sa consistance est dure. En appuyant un peu fortement sur elle avec deux doigts (ce qui provoque chez la malade une sensation un peu douloureuse), on la déprime légèrement, et on perçoit en même temps une sensation de crépitation tout à fait manifeste. Il n'y a nulle part d'engorgements ganglionnaires.

L'âge de la malade, l'indolence de la tumeur, la rareté du carcinome primitif des os et l'impossibilité de songer dans ce cas au cancer secondaire, l'absence d'envahissement ganglionnaire, l'existence de la crépitation parcheminée (bruit de parchemin de Dupuytren), font rejeter le diagnostic de carcinome. D'autre part, la marche rapide, envahissante de la tumeur, en même temps que l'âge de la malade, permettent de croire à l'existence d'un sarcome, que M. Després pense être

un sarcome à myéloplaxes (tumeur décrite dans la thèse de E. Nélaton sous le nom de tumeur à myéloplaxes). Il n'était pas possible de s'égarer dans les diagnostics d'abcès froid ou d'adénite chronique, en raison du signe précieux du bruit de parchemin.

L'extirpation totale de la clavicule est décidée. L'opération est faite sous le chloroforme par M. Després le mercredi 13 février 1889. Le procédé opératoire, ainsi que la pièce, ont été communiqués à la Société dans la séance du 13 février.

Un drain est placé au fond de la plaie dont les lèvres sont réunies par dix points de suture métallique. Le pansement consiste en un linge troué enduit de éérat, et en charpie imbibée d'eau et d'alcool camphré. Un bandage de corps immobilise le bras droit, et deux bretelles, ramenées en avant et attachées à gauche, maintiennent le pansement sur la plaie.

Les suites de l'opération ont été simples. La température, après quelques ascensions pendant les premiers jours, 39°,1 au maximum, s'est maintenue à la normale à partir du neuvième jour. Les sutures ont été enlevées le neuvième jour. La guérison était parfaite le trente et unième jour.

Quoique la cicatrice soit encore peu solide, M. Després a fait exécuter des mouvements du bras à la malade. Elle peut soulever une chaise; elle porte la main à son oreille et derrière la tête; elle peut encore porter la main derrière le dos. La Société peut s'en assurer.

L'examen histologique de la tumeur démontre qu'il s'agit bien d'un ostéosarcome. Une coque osseuse périphérique, dont les lamelles sont tapissées d'ostéoblastes, limite une assez vaste cavité dont le contenu sanguinolent s'est vidé pendant l'opération. Contre les lamelles osseuses se pressent les cellules rondes, les cellules fusiformes et les myéloplaxes, éléments constitutifs de la tumeur.

Communication.

Deux observations de cholécystotomie.

Par le D^r TERRILLON.

Dans un rapport que j'ai lu dans la dernière séance sur un cas de cholécystotomie pratiquée par M. Latouche (d'Autun), j'avais indiqué en quelques mots deux observations personnelles. Ces opérations sont encore récentes et méritent d'être publiées, car les cas semblables sont encore rares en France. Ils viennent s'ajouter à celui que j'ai présenté devant l'Académie de médecine en 1886, et qui a fait le sujet d'un rapport par M. Pollaillon en 1888.

Je ferai suivre ces deux nouvelles observations de quelques réflexions.

Obs. 1. — M^{me} B..., âgée de 29 ans, est petite, mais ordinairement bien portante ; elle habitait le Brésil.

Deux enfants qu'elle eut il y a quatre ans et deux ans, sont bien conformés et sont actuellement très vigoureux.

Dans le courant de l'année 1886, elle éprouva assez brusquement des douleurs violentes dans le creux de l'estomac, avec vomissements, fièvre, léger ballonnement. Tous ces phénomènes furent considérés comme étant dus à une péritonite localisée, de cause inconnue.

Cette poussée aiguë dura environ trois semaines, puis cessa bientôt pour laisser à ce niveau une sensation de tiraillement et de douleur insupportable.

Un an après environ, elle s'aperçut que la région épigastrique devenait très volumineuse, et bientôt on put apercevoir une bosselure arrondie, de la grosseur du poing, faisant une légère saillie à ce niveau.

Un médecin consulté crut à une hypertrophie du foie, et ordonna l'usage des douches. Après quelques applications de ce moyen, la tumeur disparut un beau jour subitement sans douleur et sans autre accident.

On crut à une guérison radicale : malheureusement, moins de un mois après cette disparition, la grosseur apparut de nouveau, et forma bientôt une saillie assez nette à la vue et au palper dans le creux épigastrique.

La malade éprouvait des douleurs, des tiraillements et ne pouvait se tenir absolument droite. En même temps, elle maigrissait et voyait ses forces diminuer.

Elle se décida à venir en France où je la vis au mois d'août 1888 avec MM. Dujardin-Beaumetz et Potain.

On constatait au niveau du creux épigastrique une bosselure de la grosseur du poing. Elle se portait surtout du côté gauche, dépassant à peine la médiane à droite, et se déplaçait en même temps que le foie par les mouvements respiratoires.

Rémittente, plutôt que fluctuante, elle se continuait avec le foie qui était peu augmenté en volume. Comme elle plongeait profondément, elle communiquait les battements de l'aorte.

Le diagnostic semblait assez difficile à établir, car on pouvait hésiter entre : un kyste hydatique de la face inférieure du foie venant prédominer à l'hypogastre et une dilatation de la vésicule biliaire.

La position de cette tumeur globuleuse fluctuante et tendue, située du côté gauche de la ligne médiane, faisait pencher plutôt du côté du kyste hydatique.

En effet, le fond de la vésicule dilatée correspond plus ordinairement au côté droit de la ligne médiane, sous les cartilages costaux droits.

Cependant l'amaigrissement rapide de la malade, et surtout ce fait important que la tumeur avait disparu brusquement, pour se reproduire bientôt après ; tous ces signes encourageaient davantage à admettre l'hypothèse d'une dilatation de la vésicule biliaire.

Une ponction exploratrice leva bientôt tous les doutes. Elle fut pratiquée le 31 juillet 1888 avec une fine aiguille de l'appareil Potain, au

niveau de la partie la plus saillante de la tumeur. Je pus extraire 580 grammes de liquide légèrement coloré brun jaunâtre.

L'analyse fut faite par M. Yvon, qui trouva des éléments de la bile, mélangés avec du mucus et une petite quantité de fibrine et de globules sanguins altérés.

A la fin de la ponction, l'aiguille tenue à la main donnait une sensation bien nette de frottement contre une surface dure et rugueuse. Je crus qu'il s'agissait de la présence de calculs; on verra plus loin qu'il n'y avait dans cette vésicule aucun calcul, mais que sa surface interne était tapissée d'incrustations.

Le diagnostic était donc assuré, et il s'agissait d'une hydropisie de la vésicule biliaire, avec oblitération à peu près complète du canal cystique. Le canal cholédoque fonctionnait bien, puisqu'il n'y avait ni ictère ni décoloration des selles. Cette ponction ne provoqua aucun accident et la malade fut soulagée de ses douleurs.

Mais vingt jours après, la poche avait repris son volume antérieur, les douleurs avec les tiraillements avaient reparu, et il n'y avait aucun doute sur la réplétion de la poche.

Une opération radicale s'imposait, elle fut proposée et acceptée aussitôt.

L'opération fut pratiquée le 20 août avec le concours de MM. les Drs Quenu et Jalaguier.

Une incision de 10 centimètres environ, commençant un peu au-dessous de l'appendice xyphoïde sur la ligne médiane, correspondait à la tumeur qui soulevait légèrement la paroi abdominale.

Le péritoine fut bientôt largement ouvert; il était libre et la tumeur sous-jacente ne présentait aucune adhérence à son niveau.

Immédiatement on put voir une poche à parois blanchâtres, épaisses, nettement fluctuante.

Elle fut ponctionnée avec un trocart capillaire et on obtint ainsi 700 grammes de liquide à peine coloré, légèrement louche, ne paraissant pas contenir d'éléments organiques abondants.

La poche était vidée et une pince à forci-pression placée sur l'orifice du trocart, on put attirer un peu la paroi dans les lèvres de la plaie abdominale.

Il fut facile, en explorant la surface de la poche, en passant le doigt dans la cavité péritonéale, de se rendre compte qu'elle avait contracté des adhérences intimes avec l'intestin, l'épiploon situés au-dessous d'elle, et en résumé avec toutes les parties voisines.

Il était donc impossible de songer à la détacher de ces parties, car les adhérences étaient trop intimes et les fausses membranes trop épaisses.

Ces adhérences étaient certainement le résultat de la poussée de péritonite localisée qui avait apparu chez cette jeune femme un an auparavant et qui avait provoqué des accidents assez graves.

En présence de l'impossibilité de faire saillir la poche kystique en dehors, je fis dans sa paroi antérieure une ouverture de plusieurs centimètres.

L'épaisseur de cette poche était de près de un centimètre, et la coupe

présentait deux zones distinctes, une zone extérieure dense, blanchâtre, une zone intérieure plus colorée, molle et tomenteuse à la surface.

Par cette ouverture, le doigt introduit dans la poche constate à ma grande surprise qu'il n'y avait aucun calcul, mais que toute la surface, surtout dans les parties profondes qui avoisinaient la région du col, était incrustée de sels calcaires, formant une couche irrégulière. Ces incrustations situées à la surface de la muqueuse étaient peu résistantes et se détachaient au moins en parties par la pression du doigt.

Ce sont ces incrustations qui au moment de la ponction avaient produit par leur contact avec la pointe de l'aiguille de l'aspirateur cette sensation spéciale qui faisait admettre la présence de calculs.

Je recherchai ensuite avec soin, non seulement avec le doigt, mais avec des instruments mousses, l'origine du canal cystique. Il me fut assez facile de constater au niveau de la partie la plus profonde de la vésicule une dépression qui correspondait à cet orifice, mais il était impossible de constater aucune orifice ou aucun pertuis. Le canal cystique me sembla donc absolument oblitéré; du reste les suites de l'opération prouvèrent d'une façon absolue cette imperméabilité du canal vecteur de la bile.

Après ces constatations, il ne restait qu'à nettoyer la cavité le plus possible, avec des éponges un peu rudes, de façon à enlever les incrustations autant que possible. J'eus même l'idée d'employer une curette pour détacher plus complètement ces surfaces calcaires. Mais, n'ayant aucun instrument propice sous la main et craignant de déchirer la paroi vésiculaire dans ses parties profondes, je me contentai du nettoyage précédent, qui me permit d'élever en partie des incrustations.

La terminaison de l'opération était tout indiquée; il ne restait qu'à fixer solidement les bords de l'ouverture de la vésicule aux bords de la plaie abdominale. Ce résultat fut obtenu avec douze sutures au crin de Florence.

Quand l'orifice assez large fut ainsi assuré et que la cavité péritonéale fut à l'abri de toute souillure, je plaçai deux gros drains dans la poche et je remplis l'orifice avec des bandelettes de gaze iodoformée.

L'opération avait duré une heure et quart. La malade était affaiblie, mais se réveilla dans de bonnes conditions. Des vomissements qui durèrent près de quarante-huit heures la fatiguèrent cependant beaucoup.

Les suites furent parfaites; la température ne dépassa 38° qu'un seul jour, l'alimentation se régla après quelques jours, et bientôt la convalescence suivit son cours normal.

Régulièrement, une ou deux fois par jour, la cavité était lavée à grande eau avec une solution faible de sublimé ou d'acide phénique et d'acide borique, et l'orifice était toujours protégé avec un grand soin avec la gaze iodoformée.

Jamais, ni pendant, ni après l'opération, on ne put constater aucune trace de bile. Le liquide qui s'écoula pendant toute la période de gué-

risson était toujours abondant, mais séreux, et ne semblait être produit que par la surface de la poche. En effet, la quantité alla en diminuant avec la capacité de celle-ci.

Les fils furent enlevés du dixième au douzième jour.

On prit soin pendant toute cette période de garnir la peau environnante avec de la vaseline boriquée, car l'humidité entretenue par le liquide causait un érythème prononcé et même quelques petites vésicules.

Enfin, au bout d'un mois environ se trouvait constituée une véritable fistule de douze à quinze centimètres de profondeur qui donnait une assez notable quantité de liquide et qui nécessitait le changement du pansement deux ou trois fois par jour.

Pendant ce temps, l'état général s'améliorait, et le poids de la malade augmentait progressivement. Elle avait acquis douze livres, deux mois après l'opération.

En même temps se produisaient chez elle des crises de tiraillements douloureux qui, partant de la plaie, s'irradiaient dans la poitrine et dans le dos et l'empêchaient, à ce moment, de se tenir droite et debout.

Ces crises furent surtout pénibles vers la fin du premier mois et dans le cours du second, mais elles s'atténuèrent.

Elles semblaient dues à la rétraction de la poche qui attirait l'orifice de la fistule en enfonçant à ce niveau la paroi abdominale.

A partir du mois de novembre, la malade put sortir, s'habiller d'une façon normale et reprendre en partie ses occupations de famille. L'état général était bon; le teint reprenait une teinte normale.

Le travail de la cicatrisation profonde et du rétrécissement du trajet se fit alors régulièrement, mais lentement.

Des lavages quotidiens étaient seuls pratiqués pour entretenir la propreté et un tube à drainage de petit calibre empêchait l'orifice cutané de se rétrécir trop vite.

Vers le milieu de décembre, je commençai à pratiquer des injections avec la teinture d'iode en l'introduisant dans le fond du trajet avec une sonde en gomme spéciale et au moyen d'une seringue.

Le 1^{er} janvier, le trajet très étroit mesurait environ 8 centimètres et donnait toujours un liquide séreux.

Je suis persuadé qu'à cette époque une cautérisation avec un fil de platine rougi au moyen de l'électricité et agissant sur toute la surface du trajet aurait beaucoup hâté la guérison. Mais la malade désira ne pas subir cette petite opération. Je n'insistai pas, espérant arriver lentement et sûrement à la guérison définitive.

Effectivement, vers les premiers jours de février 1889, cinq mois et quelques jours après l'opération, la fistule était complètement fermée. Il ne restait qu'une dépression peu profonde au creux de l'estomac avec les traces d'une cicatrice à peine visible.

La malade complètement guérie, grasse et fraîche, et ne souffrant plus de ses tiraillements douloureux, partit pour le Midi.

Les points les plus intéressants de cette observation peuvent être résumés de la façon suivante.

Il semble probable que la vésicule biliaire déjà altérée s'est enflammée d'une façon aiguë et que cette inflammation a provoqué des adhérences autour d'elle ainsi qu'un certain degré d'épaississement de ses parois.

Bientôt le canal cystique s'est rétréci et oblitéré en partie, ce qui a causé une première fois la rétention du liquide dans sa cavité. Mais cette obstruction était encore incomplète ou passagère, puisque la vésicule, fortement tendue, se vida brusquement dans l'intestin et ne se remplit que lentement dans les jours suivants.

Mais bientôt l'oblitération devint définitive, puisque après la première ponction qui donna issue à du liquide contenant de la bile, il y eut reproduction de liquide, mais d'un liquide ne contenant plus de bile, preuve manifeste de l'imperméabilité du canal cystique.

Les incrustations de la surface interne paraissaient avoir été la cause de cette inflammation.

Ici il ne pouvait être question d'enlever la vésicule, et de pratiquer la cholécystotomie, ni même d'en réséquer une partie plus ou moins étendue, puisque sa surface adhérait aux organes voisins.

Obs. II. — Le nommé Lagnier, garçon de boutique, 18 ans, entre le 14 février 1889, salle Lallemand à la Salpêtrière.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Il y a 14 mois, en décembre 1887, il s'aperçut qu'il avait au niveau des fausses côtes du côté droit une petite tumeur dure du volume d'un œuf, qui, depuis, a grossi peu à peu sans douleur, ni troubles fonctionnels, ni altération de l'état général, et avait acquis au mois de juillet 1888 le volume du poing. A cette époque, première ponction qui donna issue à trois quarts de litre d'un liquide jaune, et qui fut suivie d'une éruption d'urticaire de courte durée.

Pendant cinq mois, le malade ne sentit plus sa tumeur qu'il croyait disparue, lorsqu'en janvier 1889 elle se reforma et grossit lentement d'abord jusqu'au commencement de février, époque à laquelle le malade, à la suite d'un effort violent, ressentit dans l'hypochondre droit une vive douleur bientôt accompagnée de fièvre, de ballonnements du ventre, symptômes qui durèrent quatre jours et furent suivis d'une augmentation très rapide de la tumeur. C'est alors que le malade entra à l'hôpital avec le diagnostic de *kyste hydatique du foie*.

L'examen local fait reconnaître dans l'hypochondre droit, et empiétant sur les régions voisines, une tumeur dépendant du foie, indolente, lisse, fluctuante, mate dans toute son étendue, offrant une bosse principale du volume des deux poings, qui occupe en grande partie l'épigastre et se prolonge un peu à droite. La tumeur mesure en avant 22 centimètres sur une ligne verticale située un peu en dedans du mamelon, et 21 centimètres sur une ligne située un peu en dehors. En arrière, le foie ne dépasse pas ses limites normales.

Rien dans la poitrine. État général bon.

Le 19 février, ponction aspiratrice qui donne issue à 1,400 grammes d'un liquide verdâtre très foncé.

Examen chimique. — Densité : 1018; composition chimique : quantité notable de matières albuminoïdes, surtout fibrine, hydropisine, sérine, pas de mucine ni de paralbumine; acides et pigments biliaires très abondants; pas ou fort peu de sucre.

Examen microscopique. — Nombreuses hématies, leucocytes plus nombreux encore; peu de cholestérine; très peu de cellules épithéliales; pas d'échinocoques.

Le 24 février, le liquide s'est en grande partie reproduit, et la tumeur a presque repris ses dimensions du début.

Le 26 février, laparatomie. Après les préliminaires d'usage, incision médiane au niveau creux épigastrique de 6 à 7 centimètres jusqu'au péritoine, dont on constate l'adhérence complète à la tumeur. Ponction avec un gros trocard de l'appareil Potain; on retire environ 1,300 grammes d'un liquide vert foncé. La poche vidée est attirée au dehors et ouverte avec les ciseaux; on reconnaît alors que ses parois verdâtres ont l'aspect des parois de la vésicule biliaire. Avant d'explorer sa cavité, on fait un grand lavage avec de l'eau bouillie. L'incision est agrandie, et les doigts plongés dans l'intérieur de la poche reconnaissent que celle-ci, irrégulière, anfractueuse, dépasse très peu la ligne médiane à gauche, remonte peu sous les côtes à droite et en haut, mais qu'elle présente à droite et en bas un long diverticule qui s'étend jusque dans le flanc.

Nouveau lavage avec une solution faible de sublimé, qui ramène des fragments plus ou moins volumineux d'une substance verte, friable. On tente de détacher avec les pinces et les ciseaux le péritoine de la surface de la poche; mais cette décortication devient bientôt impossible à cause de la solidité des adhérences et de l'extrême friabilité des parois de la poche qui se déchirent sous la traction des pinces.

Après un dernier lavage et nettoyage de la cavité avec des éponges montées, on établit une collerette de sutures au crin de Florence, réunissant le pourtour de l'orifice de la poche aux lèvres de la plaie pariétale.

Deux gros drains sont placés dans la cavité: l'un, plongeant dans la partie déclive à droite, mesure une longueur de 20 à 25 centimètres; l'autre, porté à droite et en haut, est plus haut.

Pansement : gaze iodoformée, ouate, bandage de flanelle.

Suites opératoires. — Le lendemain, 27 février, pas de fièvre, la langue est bonne, le pansement n'est pas souillé.

Les jours suivants, du 28 février au 8 mars, la température reste à la normale, l'état général est excellent, et la plaie en très bon état. Le pansement est légèrement souillé par la bile. Un grand lavage avec une solution de sublimé au millième est fait chaque jour.

Dans la soirée du 8 mars, la température qui, les jours précédents, oscillait entre 37° et 37°,2, monte tout à coup à 38°,4.

Le matin du 9 mars, elle est à 38°,2. La plaie ne présente rien d'anormal; le pansement, toujours un peu imprégné de bile, ne contient ni sang, ni pus; seul, un érythème développé autour de la plaie, à la

suite de l'application continue de gaze iodoformée, semblerait pouvoir expliquer cette élévation de température. — Quatre grands lavages sont pratiqués dans la journée. T. soir, 39°,2.

10 mars. T. matin, 37°,2. Plaie et pansement dans le même état que la veille. On fait des lavages répétés dans le courant de la journée. T. soir, 38°,2.

11 mars. T. matin, 37°,4; soir, 39°,2.

12 mars. T. matin, 37°,2. En faisant le lavage de la poche, au moment où l'on pousse le drain en haut, aussi loin que possible, on voit sortir tout à coup une grande quantité d'un liquide qui, d'abord très légèrement trouble, devient bientôt clair et est, en grande partie, composé par de la bile provenant d'une poche qui ne se vidait pas. Il s'en écoule environ deux litres. De grands lavages sont de nouveau pratiqués dans la journée. T. soir, 38°,6.

Le 13 et le 14 mars, la température reste sensiblement au même niveau que les jours précédents.

A partir du 15, elle baisse progressivement d'un demi-degré par jour et atteint 37°,6 le 17 au soir, et 36°,4 le 18 au matin. L'état général est meilleur; l'appétit et le sommeil qui avaient disparu les jours précédents sont revenus; les bords de la plaie se rapprochent, et l'orifice est sensiblement diminué.

Réflexions. — Ces deux observations présentent quelques points communs qui méritent d'être rapprochés, mais elles diffèrent par quelques autres.

Dans les deux cas, l'opération fut identique ou à peu près. Le liquide évacué, il fut impossible de songer à enlever la vésicule qui avait contracté des adhérences intimes avec les parties voisines.

Dans la première, cependant, la cavité péritonéale n'était pas oblitérée, et j'ai été obligé de la traverser pour atteindre la tumeur.

Dans l'autre, la vésicule était adhérente à la paroi abdominale.

Elles furent drainées largement, et guérissent, l'une en deux mois et demi, l'autre en quatre mois et demi, mais sans laisser aucune trace, et les malades sont bien portantes actuellement.

Ma dernière malade va bien, mais la bile s'écoule toujours par la fistule, ce qui indique que le canal cystique est libre et laisse passer une certaine quantité de liquide qui varie chaque jour. Les selles sont colorées et non fétides dans son canal cholédoque et perméable.

Il est certain que chez cette malade, qui maigrit beaucoup depuis l'opération, à cause de la perte d'une grande quantité de liquide biliaire, la guérison sera plus lente et plus précaire que chez les autres malades; en effet, la persistance du canal cystique est un phénomène fâcheux, contre lequel le chirurgien ne peut rien, surtout dans

un cas où ce canal se trouve profondément placé au fond d'une poche anfractueuse. Aussi, je ne sais quel avenir attend cette malade; elle aura probablement, comme la malade dont nous avons parlé M. Jalaguier, et qui a été opérée également dans mon service, une fistule permanente.

A propos de cette petite malade, se pose une question de chirurgie qui a beaucoup passionné quelques opérateurs, je veux parler des moyens proposés pour remédier à la présence de cette fistule.

Lecture.

M. POLAILLON lit un rapport sur une observation de *tumeur vasculaire de l'ombilic*, de M. Colomba (de Lisieux).

L'année dernière, j'ai présenté à la Société une courte observation de M. Colomba, de Lisieux, relative à une tumeur vasculaire de l'ombilic chez une femme, tumeur qui avait donné lieu à plusieurs hémorrhagies graves. Mais comme l'examen histologique de cette tumeur n'avait pas été fait, comme on en ignorait la nature, et comme c'était précisément le point intéressant pour l'histoire des tumeurs de l'ombilic qui sont très rares, vous n'avez pas adopté l'insertion de cette observation dans le bulletin. Elle fut alors publiée dans la *Gazette médicale de Paris*, en 1888.

Aujourd'hui, M. le Dr Colomba vient nous donner la clef de ces hémorrhagies. Après l'ablation de sa tumeur, la malade resta guérie pendant deux ans. En octobre dernier, elle entra dans le service de M. Notta, à Lisieux. Une nouvelle hémorrhagie s'était produite au niveau de la cicatrice ombilicale. Quelques jours après, cette femme succombait à une cirrhose du foie et à une péritonite.

A l'autopsie, on trouva dans le ligament suspenseur du foie, deux veines qui partaient de l'ombilic pour aller se rendre dans le foie. L'une de ces veines, beaucoup plus grosse que l'autre, présentait, au niveau de la cicatrice ombilicale, trois ou quatre dilatations ou ampoules, et venait se rendre directement dans la veine porte. La cicatrice ombilicale adhérait intimement à ces ampoules veineuses. Une mince couche de tissu formait la paroi de la veine à ce niveau. C'est la rupture de cette paroi amincie qui avait donné naissance aux hémorrhagies constatées pendant la vie.

Quelle est la signification de cette veine aboutissant à la cicatrice ombilicale et se rendant dans la veine porte? Est-ce une persistance de la veine ombilicale dans le ligament suspenseur du foie? Nous ne le pensons pas. Nous croyons plutôt qu'il s'agit là d'une veine

porte accessoire, comme on en rencontre souvent chez les sujets affectés de cirrhose du foie. Ce qui nous confirme dans cette opinion, c'est qu'il y a une seconde veine qui partait de la cicatrice ombilicale pour aller dans le tissu du foie, et même une troisième veine qui émergeait des tissus voisins de la cicatrice pour se rendre aussi dans le foie. Il s'était formé là, probablement depuis longtemps, une circulation porte accessoire, comme cela arrive dans tous les cas où la circulation de la veine porte est gênée dans le tissu du foie.

Au point de vue chirurgical, cette observation est intéressante, parce qu'elle nous donne la cause des hémorrhagies graves qui peuvent se produire pendant les opérations que l'on est appelé à pratiquer dans la région de l'ombilic, surtout chez les sujets affectés de cirrhose du foie.

Rapport.

Sur une observation de *plaie non pénétrante de l'abdomen par balle de revolver*, communiqué par M. le Dr PAUL MICHAX.

Rapport par M. PAUL BERGER.

Dans une des dernières séances, M. le Dr Paul Michaux nous a communiqué l'observation d'un cas de plaie non pénétrante de la région ombilicale produite par une balle de revolver. M. Michaux, pendant plusieurs jours, avait néanmoins considéré la pénétration comme presque certaine; la découverte du projectile, logé dans l'épaisseur de la paroi abdominale, seule le dérompa. Voici en résumé la relation de ce fait :

Une femme se tire un coup de revolver de 7 millimètres dans la région de l'ombilic. On la porte à l'hôpital Beaujon, où l'interne de garde constate, à droite de l'ombilic, un orifice d'entrée qui paraît s'enfoncer profondément dans la paroi. Il existe une douleur très vive tout autour de la blessure, la blessée est dans un état de dépression marquée avec anxiété, le pouls est petit et fréquent. Mais il n'y a ni vomissements, ni ballonnement du ventre, ni aucun signe de propagation des lésions et des accidents à la majeure partie de la cavité abdominale. Le lendemain matin, M. Michaux trouve la plaie fermée par un pansement occlusif; l'état local et l'état général sont les mêmes et ne présentent aucun caractère de gravité actuelle. M. Michaux ne juge donc pas opportun d'intervenir, et il se borne à surveiller la marche des accidents qui s'atténuent et disparaissent les jours suivants, malgré un écart de régime qui amène quelques vomissements teintés de quelques stries sanglantes.

M. Michaux, en raison de la direction probable du projectile, des phénomènes localisés mais assez alarmants du début qu'on pouvait rapporter à du péritonisme ou à une péritonite circonscrite légère, était disposé néanmoins à considérer la blessée comme ayant été atteinte d'une plaie pénétrante, intéressant seulement l'estomac ou le gros intestin, quand, dix jours après la blessure, l'exploration de la paroi abdominale lui fit reconnaître la présence d'un corps dur, profondément logé dans cette paroi à quelques centimètres de l'orifice d'entrée. Un stylet introduit dans ce dernier put être alors conduit jusqu'au projectile qui s'était arrêté à 3 centimètres de profondeur, dans la paroi abdominale même, et qu'une incision permit d'extraire aussitôt.

M. Michaux tire de ce fait les conclusions suivantes :

Il ne faut pas, en cas de plaie par coup de feu des parois de l'abdomen, conclure trop facilement à la pénétration du projectile; il importe de ne faire figurer, dans les discussions scientifiques sur ce point, que les plaies pénétrantes où il existe des signes de certitude indiquant la pénétration.

Dans les cas de plaies pénétrantes où l'on se dispose à procéder à la laparotomie d'emblée, sans que des accidents immédiats donnent la preuve de la pénétration, il conviendrait de commencer par explorer le trajet du projectile avec toutes les précautions requises, pour acquérir la preuve de la pénétration, avant d'ouvrir le ventre.

Je ne puis donc que donner mon assentiment à la seconde de ces propositions qui est déjà mise à exécution par plusieurs des partisans de la laparotomie d'emblée pour les plaies pénétrantes de l'abdomen. Quand on se décide à intervenir préventivement, à aller chercher les trous produits dans l'intestin ou l'estomac par la balle afin d'en pratiquer l'occlusion et d'empêcher ainsi le développement même des accidents que déterminera l'effusion des matières intestinales dans le péritoine, il faut avoir la certitude absolue que le péritoine est atteint, et en l'absence d'accidents, cette certitude ne peut être donnée que par la constatation directe de la pénétration. En pareil cas l'exploration complète et attentive du trajet du projectile s'impose.

Dans la première des conclusions dont il fait suivre son observation, M. Michaux fait observer qu'il ne faut pas compter, sans s'appuyer sur des preuves certaines, comme des cas de pénétration les faits où l'on a seulement des présomptions tendant à faire croire que le projectile a pénétré dans l'abdomen et blessé quelque un de ses viscères. Qu'il me permette de lui faire remarquer que c'est sur des preuves aussi certaines qu'il est possible de les considérer, qu'a été établi le diagnostic de plaie pénétrante, dans les

cas nombreux que quelques-uns de nos collègues et moi nous avons apportés ici à l'appui de l'opinion que les plaies pénétrantes de l'abdomen par projectiles de petit calibre peuvent parfois guérir sans intervention. Permettez-moi de vous en donner un nouvel exemple, en complétant la très curieuse et très bizarre observation du cas que je vous communiquais dans l'une des dernières séances.

Il s'agissait, vous vous le rappelez, d'une jeune femme qui s'étant tiré un coup de revolver de 9 millimètres à gauche de l'ombilic, et qui, admise dans mon service, avait présenté des signes non douteux de perforation de l'estomac, vomissements sanguins du début, péritonite circonscrite mais sérieuse avec élévation soutenue de la température, douleur extrême, gêne de la respiration, état abdominal. La blessée, au moment où je vous rapportais son observation, me paraissait guérie, et j'allais lui accorder sa sortie, quand je constatai, dans le neuvième espace intercostal droit, l'existence d'un corps profondément engagé, très dur, un peu mobile; corps qui les jours suivants devint plus facile à sentir, plus superficiel, plus mobile; c'était le projectile, qui se présentait la pointe en avant, sortant de l'espace intercostal d'où il était en quelque sorte émulé par l'action des muscles intercostaux et parla pression des parties profondes. Une incision nous permit de l'extraire; c'était une balle de 7 millimètres. Je ne fis pas d'abord attention à ce calibre, différent de celui de l'arme vulnérante employée, mais je conçus quelques doutes, non sur la pénétration du projectile dans l'abdomen, mais sur la perforation de l'estomac. Il ne me paraissait pas impossible que la balle eût glissé entre la paroi abdominale et la face antérieure de l'estomac, sans traverser cette dernière pour remonter par le 9^e espace intercostal, contusionnant seulement la face antérieure de ce viscère lors de son passage, d'où l'effusion d'une certaine quantité de sang dans l'estomac, et le vomissement sanguin du début.

Mais ce n'est pas la fin de cette histoire, et voici où elle devient tout à fait invraisemblable: L'incision pratiquée pour l'extraction de la balle était à peine fermée, qu'un jour la malade, qui se plaignait depuis quelques jours d'une douleur au fondement, ressentit comme une déchirure à l'anus au moment d'une garde-robe; elle appela les gens de service qui l'aidèrent à retirer de l'anus une douille en cuivre, provenant d'une cartouche de revolver de 7 millimètres à percussion latérale, douille qui s'adaptait parfaitement sur la balle que j'avais extraite quelques jours auparavant, mais dont la goupille, servant de percuteur, avait disparu: je vous la présente ici. Ne comprenant absolument pas comment la cartouche qui avait lancé le projectile avait pu devenir projectile elle-même et pénétrer

dans l'estomac (ce qu'il fallait admettre), j'interrogeai aussitôt la blessée qui me fit le récit suivant :

Pour se détruire, elle avait fait l'acquisition d'un revolver de 9 millimètres et de quelques cartouches de ce calibre, ne jugeant pas assez fort un revolver de 7 millimètres à percussion latérale qu'elle possédait. Rentrée chez elle, elle avait par erreur glissé une cartouche de son petit revolver de 7 millimètres dans le canon du grand; cette cartouche s'était profondément enfoncée dans le canon tournant et elle n'avait pu la faire ressortir; elle avait alors simplement placé par-dessus cette cartouche perdue une cartouche de 9 millimètres et elle avait fait feu. La balle de 9 millimètres avait chassé devant elle la cartouche de 7 millimètres qu'elle avait fait détonner, et dont la goupille avait dû être arrachée au passage; la balle de 7 millimètres avait traversé l'estomac pour ressortir dans le neuvième espace intercostal droit d'où je pus l'extraire, tandis que la douille de la cartouche de 7 millimètres, transformée en projectile, s'était arrêtée dans l'estomac d'où elle était ressortie 28 jours plus tard par les voies naturelles. Quant à la balle de 9 millimètres, elle fut retrouvée dans le lit de la blessée; le médecin qui donna à celle-ci les premiers soins avait même cru d'abord, en raison de ce fait, que le coup n'avait pas pénétré. Cette balle avait épuisé sa force de projection à faire détonner la première cartouche et à la projeter dans la plaie où elle n'avait elle-même pas pénétré.

Ainsi tout s'expliquait; et fondée sur ces preuves complémentaires, la pénétration de ce projectile complexe dans l'estomac me paraît ne pouvoir être désormais révoquée en doute. Il faut donc considérer le fait que je vous ai apporté comme un exemple des plus probants de plaie par coup de revolver ayant traversé l'estomac; plaie suivie de guérison de la malade, une partie du projectile étant venue se loger dans la paroi abdominale d'où on put l'extraire, l'autre partie ayant été rendue par les garde-robes.

Tous les faits de plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu suivis de guérison ne sont pas susceptibles d'une démonstration aussi rigoureuse, mais il en est beaucoup où des preuves suffisantes, tirées des accidents et des phénomènes observés, ont permis de mettre le diagnostic au-dessus de toute espèce de doute. Ces faits sont assez nombreux pour nous permettre d'appuyer sur eux l'opinion que nous avons défendue dans la récente discussion qui s'est élevée dans cette enceinte sur ce sujet et qui est encore trop présente à votre esprit pour que je veuille engager de nouveau le débat sur ce terrain.

Discussion.

M. MARC SÉE. Je suis satisfait que M. Michaux ait adopté la pra-

tique que, le premier, j'ai recommandée à la Société de chirurgie, pratique qui consiste à explorer la plaie dans le but de se servir, au point de vue de la pénétration, de la direction de la plaie et de la nature des lésions. J'ai toujours considéré comme nécessaire cette manœuvre, combattue par la plupart des chirurgiens en France et aussi à l'étranger. Les plaies de l'abdomen diffèrent de celles de la poitrine, et pour les premières s'impose la nécessité d'une exploration qui, donnant la direction directe du projectile, permette de commettre ces grands déplacements des intestins toujours si dangereux pour les blessés.

M. RECLUS. Je trouve qu'il serait prématuré de soulever à nouveau une discussion à peine éteinte. Je me contente aujourd'hui de prendre bonne note des conclusions de M. Berger. M. Petit-Vendol vient de me communiquer un cas de guérison de plaie par coup de feu de la région ombilicale, qu'il aurait emprunté à un journal espagnol.

La balle, volumineuse, du poids de 23^{es},50, aurait été retrouvée dans les selles.

Je suis de l'avis de MM. Berger et Michaux quant à ce qui concerne la nécessité de l'exploration abdominale. Dans un cas, j'ai pu constater directement avec le doigt qu'une plaie par coup de feu de la région ombilicale n'était point pénétrante.

Une autre fois, je fus prié d'examiner un malade à l'hôpital Lariboisière, auquel on se proposait de pratiquer la laparotomie. Il s'agissait d'un coup de couteau cette fois. Le malade se plaignait vivement; le pouls était fréquent. J'explorai le trajet traumatique avec le doigt et constatai que la cavité du péritoine était ouverte. Je conseillai de temporiser néanmoins, et l'événement justifia mon conseil, car le malade guérit sans le moindre accident.

Le cathétérisme du trajet traumatique au moyen du doigt constitue donc une exploration nécessaire.

M. CHAUVEL. Je suis également partisan de l'exploration, que défendent, du reste, bon nombre de chirurgiens américains.

Mais je la pratiquerais au moyen d'incisions pénétrant au besoin jusqu'au péritoine. Que l'exploration digitale soit possible lorsqu'il s'agit d'une plaie produite par un projectile du poids de la balle espagnole signalée plus haut, je ne le nie pas; mais il me semble qu'il n'en peut être de même s'il s'agit d'un trajet créé par une balle de revolver.

M. RECLUS. Je puis affirmer pourtant que, dans le premier cas que j'ai cité, l'introduction du doigt fut facile.

M. TERRIER. Je me déclare incapable de reconnaître avec le doigt

seul si une plaie est ou non pénétrante. Je juge donc comme indispensable l'incision exploratrice arrivant jusqu'au péritoine.

Communication.

Du traitement des déplacements et des déviations utérines par le raccourcissement des ligaments ronds (opération d'Alquié-Alexander).

Par M. ÉDOUARD SCHWARTZ.

Dans les discussions récentes qui ont eu lieu dans le sein de notre Société sur l'hystéropexie ou ventro-fixation de l'utérus pour remédier à la rétroversion et au prolapsus, l'on n'a parlé qu'incidemment de la part d'action qui peut revenir à l'opération d'Alquié-Alexander dans le traitement des déplacements et déviations utérines en général.

J'ai eu l'occasion, depuis le commencement de l'année 1888, de pratiquer dix fois cette opération, soit pour des prolapsus, soit pour des versions ou des flexions réductibles ou réduites. Ce sont les résultats de ces interventions que je vous demande la permission de vous exposer.

Quelques mots d'abord sur l'opération en elle-même, sur ses différents temps et sur les difficultés que l'on peut rencontrer.

Manuel opératoire. — Nous nous sommes toujours bien trouvé comme point de repère de l'épine du pubis ; il suffit de faire l'incision oblique de haut en bas et de dehors en dedans, immédiatement en dedans, en empiétant beaucoup plus sur l'abdomen que sur la grande lèvre. J'ai toujours incisé directement dans la partie supérieure jusque sur l'aponévrose du grand oblique, que l'on découvre facilement ; on se dirige alors en bas de façon à atteindre l'anneau du grand oblique à travers lequel passe le ligament, que l'on ne risque pas de désagréger, comme cela peut arriver quand on incise directement sur lui. Il m'est arrivé une fois, sur les vingt découvertes que j'ai faites, de ne pas le trouver à la sortie du canal inguinal ; il passait en dehors du pilier externe, à travers un orifice supplémentaire, pour se recourber ensuite en dedans et rejoindre la grande lèvre ; il était aussi solide, aussi résistant que son congénère du côté opposé qui suivait le trajet normal (obs. V).

Le ligament rond découvert, il s'agit de l'isoler. Pour cela, j'ai toujours commencé par rechercher et disséquer la partie extra-inguinale du cordon ; cela fait, je prenais toute la masse dans une pince que je confiais à un aide en le priant de tirer légèrement

dessus. Quand l'anneau inguinal est large, l'on peut facilement alors le dénuder dans tout le trajet aussi bien que possible et l'attirer de plus en plus, en le dépouillant peu à peu de sa gaine séreuse ; pour cela, il faut encore une condition, c'est que le ligament soit solide et épais. Or, sous ce rapport, il existe une foule de variétés. Dans quatre de mes cas, au moins, j'ai trouvé d'un côté seulement le ligament grêle ou formé en grande partie de graisse qui se déchirait sous l'influence des moindres tractions ; il ne faut pas hésiter alors à remonter très haut dans le canal inguinal, où généralement il se condense davantage et devient plus résistant, et ne pas hésiter à fendre la paroi antérieure constituée par l'aponévrose du grand oblique, quitte à la reconstituer ensuite par une suture. Cette dernière est de tous points nécessaire, si l'on veut éviter la production de hernies consécutivement à l'opération.

Dans le seul cas de pointe de hernie que j'ai observé, j'avais été obligé de disséquer très profondément le ligament ; j'avais coupé les fibres intercolumnaires de l'anneau inguinal et omis de faire la réunion du plan aponévrotique.

Dans un cas (obs. Legrand VIII), les deux ligaments étaient très grêles et constitués presque uniquement par de la graisse et se rompaient sous l'influence de la moindre traction un peu énergique. L'on comprend de quelle importance, au point de vue du résultat, est une pareille disposition ; l'on peut compter sur un insuccès complet, et il y a certes lieu de penser qu'il y a dans ces cas une relation entre la gracilité, voire presque l'absence de ligaments ronds et la déviation utérine qui s'est produite. Il est malheureusement tout à fait impossible de prévoir ces dispositions, qui rendent illusoire notre intervention.

Les ligaments trouvés d'un côté, j'ai toujours, avant de pratiquer le raccourcissement de ce côté, cherché celui du côté opposé en protégeant la première plaie à l'aide d'un pansement antiseptique provisoire. Les deux une fois découverts et suffisamment isolés, il faut les raccourcir et les fixer. Pour cela, il faut au préalable faire redresser l'utérus par un aide, soit à l'aide d'un hystéromètre introduit dans la cavité utérine, soit à l'aide des doigts. L'aide, quand l'opération sera achevée, ne retirera l'hystéromètre ou les doigts que pour les remplacer par un bon tampon de gaze iodoformée placé en avant du col, en arrière du col ou immédiatement au-dessous de lui, suivant le genre de déplacement ou de déviation.

Dans nos dix opérations, nous avons raccourci les ligaments de 5 à 8 ou 9 centimètres au maximum ; nous n'avons jamais dépassé, même avec des ligaments forts et résistants, cette dernière

limite ; cela nous a paru toujours suffisant pour ramener l'utérus à la situation que nous voulions lui faire prendre. On a été, comme l'indique le professeur Trélat dans sa leçon sur le traitement des rétroversions adhérentes (*Semaine médicale*, 4 juillet 1888), jusqu'à un raccourcissement de 12 et même 14 centimètres. Ce sont là des chiffres certainement extrêmes auxquels on n'arrivera pas la plupart du temps. Le raccourcissement a généralement été inégal des deux côtés ; c'est ainsi que, si j'ai raccourci un ligament solide et résistant de 6 à 7 centimètres, par exemple, je n'ai pu que diminuer de 4 à 5 au plus son congénère, quand celui-ci était peu résistant, comme cela s'est trouvé dans quatre de mes observations. J'arrive maintenant au temps de la fixation.

Dans mes premières observations, j'employais du catgut ; dans mes dernières, j'ai pris de la soie forte phéniquée préparée par moi-même. J'ai toujours fait deux points de suture au moins, passant à travers les deux piliers du canal inguinal, embrassant et traversant le ligament plusieurs fois quand son épaisseur rendait la manœuvre possible ; le premier point est placé en même temps qu'un aide tire fortement sur le ligament ; le second point est placé immédiatement au-dessous du précédent. Je n'ai réséqué qu'une fois la partie excédante du cordon ; toutes les autres fois, elle a été pelotonnée et laissée dans la plaie.

Le pansement a consisté, après avoir fait des sutures au crin de Florence, quelquefois profondes, quand l'épaisseur des tissus divisés m'y engageait, et mis ou non un drain debout, à recouvrir la ligne de réunion de vaseline iodoformée, puis d'un pansement iodoformé ouaté bien compressif.

Dans tous les cas, la réunion par première intention a été obtenue ; au bout de huit jours, tout était terminé sans que j'aie jamais vu aucun accident ; une seule fois, une de mes opérées a eu une rétention d'urine qui a duré cinq jours et à laquelle n'était peut-être pas étranger le gros tampon de gaze iodoformée placé dans le vagin.

Celui-ci n'a été généralement retiré qu'au bout de cinq à six jours pour être remplacé par un plus petit. J'ai toujours fait porter à mes opérées, pendant un mois ou deux, soit un gros tampon de gaze que l'on remplaçait quand il le fallait, soit un pessaire Dumontpallier à anneau, pour soutenir la matrice et empêcher le tiraillement trop précoce de la cicatrice des ligaments raccourcis. Je crois, de plus, qu'il y a grand intérêt à laisser les opérées au repos horizontal, lorsque la réunion est complète, au moins quinze jours à trois semaines, pour empêcher autant que possible la poussée des viscères abdominaux de tirailler et distendre la cicatrice inguinale, et à leur faire régulièrement, à cet effet, tous les

quelques jours, un double spica compressif par-dessus une bonne couche de ouate, comme après l'opération d'une cure radicale de hernie; aucune de mes opérées ne présente de pointe de hernie, si ce n'est celle dont j'ai déjà parlé et qui est sortie au bout de quinze jours.

Des indications de l'opération. — Nous l'avons pratiquée seule neuf fois; une fois nous l'avons combinée à une élytrorrhaphie antérieure.

Dans le premier cas, elle a été faite sept fois pour des rétroversions ou des rétroversoflexions presque toujours combinées à un degré plus ou moins fort de prolapsus utérin; une fois pour une antéflexion très marquée encore avec prolapsus; une fois enfin elle a été combinée à une élytrorrhaphie pour remédier à un prolapsus utérin pur avec cystocèle.

Toutes les fois, excepté une, il s'agissait de déviations réductibles ou réduites après des manœuvres et un traitement antécédents; une seule fois il s'agissait d'une rétroversoflexion (obs. VIII) avec prolapsus et fixation des ovaires dans le cul-de-sac de Douglas, qui se laissait réduire et ramener à une situation à peu près normale, mais avec beaucoup de difficulté; c'est le cas qui a donné lieu à un insuccès total. Dans tous les autres, nous avons traité d'abord la métrite, qui existait presque toujours, par le repos complet pendant un temps plus ou moins long, par les lavages antiseptiques chauds, par le tamponnement antiseptique, les scarifications, etc.

Nous n'avons pas eu affaire à des cas de rétrodéviations irréductibles et qu'il fallût d'abord traiter par des séances de redressement progressif. Toutes les déviations que nous avons eu à soigner rentraient dans la catégorie des déviations réductibles ou tout au plus résistantes du professeur Trélat; il n'y en avait pas de franchement adhérentes.

Voici les résultats que nous avons obtenus, tels que nous avons pu les constater il y a quelques jours, car nous avons pu revoir toutes les malades que nous avons opérées, excepté une, atteinte déjà avant l'opération de manie du suicide, et qui dut être ensuite internée à Sainte-Anne. Nous les diviserons en bons, médiocres et nuls, en les considérant d'abord immédiatement après l'opération, puis après un temps plus ou moins long.

Résultats immédiatement après l'opération.

Du côté de l'utérus.

Bons. Redressement complet de l'organe et ascension, quand il y avait prolapsus, dans la situation à peu près normale, 6 fois.

Médoeres. Redressement incomplet ou prolapsus persistant encore, 3 fois.

Nuls. Redressement nul, 1 fois. Aucun changement pour ainsi dire dans la situation de l'utérus.

Du côté des troubles fonctionnels.

Bons. Disparition complète ou à peu près des troubles fonctionnels. Ceux-ci consistent en fréquence des mictions, difficultés d'émettre l'urine, constipations opiniâtres, pesanteur sur le rectum, douleurs vives dans le bas-ventre avec irradiations dans les aines, impossibilité de se tenir debout pendant quelque temps et de marcher, etc.

Ces troubles ont disparu complètement ou à peu près dans 7 cas.

Médiocres. Ils ont persisté, tout en étant atténués, dans 1 cas.

Nuls. Ils n'ont guère été modifiés dans 2 cas.

Dans ces trois derniers cas, nous n'avions trouvé que des ligaments insuffisamment résistants, et dans l'un d'eux un déplacement difficile à maintenir réduit. Il est à noter que, même lorsqu'il n'y a qu'un des ligaments de bien solide et sur lequel on puisse tirer pour le raccourcir, l'utérus se redresse et les résultats paraissent ne pas s'en ressentir, aussi bien immédiatement que plus tard.

Résultats éloignés de l'opération.

J'ai pu revoir mes opérées, comme je l'ai dit au début, et voici ce que j'ai constaté :

Les résultats au point de vue de la restitution de la situation et de la direction de l'utérus se sont maintenus au bout de onze mois, 2 cas ; dix mois, 1 cas ; neuf mois, 1 cas ; quatre mois, 1 cas ; dans ce dernier, il y avait une forte antéflexion qui n'a pu être corrigée complètement, tandis que le prolapsus avait été tout à fait réduit.

Je laisse de côté un cas encore trop récent, puisqu'il ne date que de trois mois ; il s'agissait d'un prolapsus simple avec cystocèle traité en même temps par l'élytrorrhaphie antérieure.

Des quatre cas qui restent, un n'a pas été revu ; c'était certainement celui où les ligaments très solides avaient pu être raccourcis sans difficulté et où le prolapsus et la déviation qui existaient ont été corrigés le plus complètement (obs. IV).

Les trois autres n'avaient donné rien ou presque rien.

Au point de vue des résultats fonctionnels, toutes les malades de la première catégorie restent en bon état et très soulagées, si ce n'est tout à fait débarrassées de leurs ennuis, depuis l'opéra-

tion; chez l'une d'elles, toutefois, le prolapsus existe toujours (obs. II), mais il n'y a plus de rétroversoflexion.

Parmi celles de la seconde, deux seulement n'ont retiré aucun profit de l'opération; une troisième, à laquelle j'avais raccourci les ligaments pour un prolapsus peu accentué avec rétroversion, et chez laquelle l'utérus n'avait pour ainsi dire pas bougé sous l'influence de la traction exercée sur des ligaments d'ailleurs peu résistants, a éprouvé néanmoins une grande amélioration des symptômes douloureux, amélioration qui persistait quatre mois après l'opération (obs. III).

Pour conclure, je dirai, en ce qui me concerne, que l'opération d'Alquié-Alexander me paraît bonne dans tous les cas de déviations utérines réductibles ou réduites, mais faciles à maintenir; elle me paraît indiquée encore dans les cas de prolapsus simples au premier degré, pourvu que celui-ci se laisse facilement repousser; il sera bon de la combiner dans ces cas avec une autre opération destinée à rétrécir le vagin ou la vulve (surtout si cette dernière a été déchirée antérieurement). Pour qu'elle donne de bons résultats, il faut non seulement les conditions précédentes, mais encore que l'utérus ne soit pas trop augmenté de volume et de poids. L'opération est absolument sans aucun danger, d'une bénignité complète comme suites, et c'est ce qui la recommande encore dans tous les cas où elle sera indiquée.

Observations.

I. — Rétroversoflexion réductible avec léger prolapsus.

V. G..., âgée de 22 ans, entre à l'hôpital Beaujon, le 1^{er} mars 1888. Menstruation toujours régulière. Mariée à 18 ans. Grossesse aussitôt après. Accouchement 31 mai 1887. Elle avait des pertes blanches bien avant sa grossesse, et sa santé, pendant cette dernière, avait beaucoup périclité. C'est depuis son accouchement qu'elle souffre du bas-ventre, d'élanements et douleurs sourdes, accompagnés de tiraillements qui s'accroissent à la moindre fatigue; elle ne pouvait se tenir debout, ni marcher, ni monter un escalier sans souffrir. Pas de troubles de la miction, mais constipation extrêmement opiniâtre. Elle fut traitée alors pour un prolapsus utérin et de la métrite, cautérisée au nitrate d'argent, dut porter un pessaire et faire des injections chaudes. Aucun soulagement; au contraire, le retour des menstrues fut marqué par de violentes coliques avec douleurs pour uriner qu'elle n'avait pas eues jusque-là; les mêmes symptômes se renouvelèrent à chaque époque menstruelle. Depuis quelque temps, elle a de plus des troubles urinaires; la miction est un peu douloureuse, l'émission commence goutte à goutte. Il est à noter qu'elle souffre peu ou pas quand elle est assise ou couchée. L'examen nous montre une jeune femme forte,

bien constituée. Le toucher et le palper nous permettent de constater une rétroversoflexion utérine avec prolapsus; l'utérus est peu augmenté de volume; il se laisse assez facilement ramener à sa situation normale, mais retombe immédiatement dès qu'on l'abandonne.

Après les précautions d'usage, opération d'Alexander, le 19 avril. Je trouve deux ligaments forts épais, qui sont raccourcis chacun de 5 à 6 centimètres, pendant qu'un aide redresse l'utérus avec le doigt. Tampon de gaze iodoformée, pour maintenir le redressement. Tout se passe sans aucun accident. La malade quitte l'hôpital le 18 mai. Succès complet. L'utérus est redressé et remis en place. Plus de douleurs ni de troubles fonctionnels. Depuis, la malade a eu un peu de métrite qui a ramené un léger prolapsus, contre lequel je lui fais porter un pessaire Dumontpallier. Mais plus de rétroversion et rétroflexion. Actuellement en bon état, 18 mars 1889.

II. — *Rétroflexion avec prolapsus presque complet, réductible.*

P..., jeune femme de 21 ans, graveur; menstruation toujours régulière; une grossesse à 21 ans. Quinze jours avant terme, elle fait une chute, fut prise, le lendemain même, de douleurs atroces et mit au monde un enfant mort. Six mois environ après ses couches, coliques utérines intolérables, avec irradiation dans les aines, les cuisses, et dans la région lombaire. Impossibilité de se tenir debout, de marcher, de soulever un fardeau, sans éprouver de vives souffrances, le tout accompagné d'une sensation de pesanteur dans la région hypogastrique, de pression dans le vagin et le rectum, de tiraillement dans les aines. D'après l'expression de la malade, la matrice semblait vouloir s'échapper par le vagin; parfois, le col arrivait à 2, 3 centimètres de l'orifice vulvaire. Pas de troubles du côté de la défécation, ni de la miction. Tous les phénomènes s'accroissent au moment des règles; l'état général est bon. La malade entre à l'hôpital Beaujon une première fois, et est soignée par des irrigations chaudes et le tamponnement antiseptique. N'éprouvant aucun soulagement, elle se décide à une intervention. L'examen montre un prolapsus très notable; le col arrive à 3 centimètres de la vulve; en même temps, existe une rétroflexion, on sent le fond de l'utérus dans le cul-de-sac postérieur, aussi bien par le vagin que par le rectum; il y a peu d'augmentation de volume. Le doigt parvient assez facilement à redresser le fond de la matrice et à le maintenir. 26 avril, opération d'Alexander. Raccourcissement de deux ligaments ronds qui, tout en étant petits, sont néanmoins assez résistants pour maintenir réduit l'utérus comme déviation; le prolapsus n'est réduit qu'incomplètement. Tampon de gaze iodoformée dans le cul-de-sac postérieur. J'ai été obligé de disséquer profondément les ligaments.

Guérisson sans incidents, si ce n'est une rétention d'urino qui dura quatre jours. La malade sort le 14 mai guérie. Pendant trois mois elle ne souffre plus du tout; puis elle est reprise de fleurs blanches et éprouve de nouveau quelques douleurs, mais elle peut vaquer à ses occupations. L'état actuel, 18 mars 1889, reste satisfai-

sant. Je constate le redressement de l'utérus, l'existence du prolapsus, de plus une double pointe de hernie inguinale, surtout accentuée à droite.

III. — *Prolapsus utérin, rétroversoflexion légère réductible.*

L. L..., femme âgée de 42 ans, modiste, malade depuis dix ans. Jamais de grossesse. Bien réglée depuis l'âge de treize ans. A la suite de fatigues excessives, elle fut prise, avant le retour de ses règles, de coliques utérines qui persistèrent pendant toute la durée de l'écoulement menstruel. Élançements et tiraillements dans la fosse iliaque et l'aine gauches; les douleurs ont continué ensuite entre les périodes des règles. Avec cela, sensation de pesanteur et de pression dans toute la région hypogastrique, augmentant beaucoup pendant la station, la marche. Le repos au lit la fait disparaître presque complètement. Il se montra de plus une leucorrhée abondante, puis des cuissons en urinant, en même temps que la région vulvaire devint le siège d'une démangeaison insupportable.

L'examen nous montra un prolapsus très accentué, puisque l'utérus affleurait presque à la vulve; ce prolapsus est accompagné d'une rétroversoflexion qui fait que l'on sent assez facilement le fond de la matrice dans le cul-de-sac postérieur, en même temps que le col est un peu relevé vers le symphyse pubienne; peu d'augmentation de volume; le prolapsus et la déviation se laissent réduire par des manœuvres bimanuelles.

L'opération d'Alexander est acceptée avec empressement et pratiquée le 3 mai. Je découvre difficilement le ligament rond gauche qui n'agit nullement pour redresser et relever l'utérus. Du côté droit, il est très gros; en tirant sur lui on fait très bien le redressement de l'utérus, et il remonte de 2 à 3 centimètres environ. Fixation. Gros tampon iodoformé sous le col. A sa sortie de l'hôpital, le 31 mars, elle est très soulagée, quoique le prolapsus soit en somme peu diminué. La rétroflexion est corrigée, et cette correction persiste encore quatre mois après, époque à laquelle nous avons revu l'opérée, qui se dit toujours en très bon état au point de vue fonctionnel.

IV. — *Rétroversoflexion et prolapsus utérin au premier degré facilement réductibles.*

G. A..., âgée de 24 ans, domestique. Réglée à dix-huit ans seulement, et toujours très irrégulièrement. Mariée à dix-neuf ans. Un enfant. Grossesse et accouchement se sont bien passés. Environ un mois après, elle ressentit une douleur intermittente dans la région iliaque avec irradiations dans les reins et une sensation de pesanteur et de pression dans l'hypogastre. Elle n'en continue pas moins à se livrer à ses occupations; elle n'a suivi aucun traitement jusqu'à son entrée. L'état général est très bon; le toucher combiné au palper montre un utérus en rétroversion très accentuée avec un certain degré de prolapsus, accompagné de cystocèle et de rectocèle, quand on engage la

malade à pousser. Pas de troubles de la miction et de la défécation. Pas de métrite. 23 mars, opération d'Alexander. Les ligaments sont facilement trouvés; ils sont très gros et ressemblent à de vrais ligaments articulaires; ils sont très résistants; l'utérus cède très facilement à la traction exercée sur eux, remonte et se redresse. Fixation facile après raccourcissement de 6 à 8 centimètres. Tampon iodoformé dans le vagin.

Rétention d'urine, comme suite, qui a duré cinq jours. Guérison par première intention. La malade est prise d'une petite attaque de rhumatisme articulaire. Déjà, à son entrée, nous avions remarqué ses allures bizarres. On nous raconta qu'elle parlait d'attenter à ses jours, se croyant de nouveau enceinte. Malgré toute la surveillance exercée, elle parvint à la déjouer et à se précipiter du haut du deuxième étage; fracture des deux os des deux jambes. Fracture double verticale du bassin et probablement de la colonne lombosacrée; son état mental s'aggravant de plus en plus, elle est emmenée à Sainte-Anne; nous n'avons plus eu l'occasion de la revoir depuis.

V. — *Rétroversion très notable avec rétroflexion légère et prolapsus réductibles.*

M^{me} M. M..., 28 ans, nous est adressée par le D^r Tripet, pour des troubles utérins très accentués. Elle a été réglée à quinze ans. Elle est mariée, et a eu deux enfants morts peu après leur naissance. Grossesse et accouchement normaux. Le début de son mal remonte à cinq ans, époque de son dernier accouchement. Ce fut quelques semaines après qu'elle commença à ressentir dans les lombes et dans l'hypogastre des douleurs, tantôt sourdes, tantôt lancinantes, jamais assez continues pour l'empêcher de se livrer à ses travaux. Cet état dura quatre ans, mais les phénomènes s'accrochèrent; les douleurs devinrent plus continues et plus vives, en même temps qu'elles s'irradièrent dans les aines et dans les cuisses, avec sensation de poids du côté du rectum; les règles furent marquées par des exacerbations très douloureuses. La malade fut alors soignée pour une métrite par les lavages chauds antiseptiques, les tampons glycélinés, etc. Malgré tout, elle continua à souffrir, et voici ce que nous constatons à l'examen. Rétroversion très prononcée; le col regarde directement en avant (elle avait un peu de rétention d'urine dans les derniers temps); le cul-de-sac postérieur est effacé par le fond de l'utérus qui vient s'y loger; il y a du prolapsus, mais à un faible degré; le tout est réductible sans grands efforts à l'aide des doigts introduits dans le vagin ou le rectum.

6 juin. Opération d'Alexander. Du côté gauche, gros ligament résistant; du côté droit, le ligament, volumineux aussi, sort par un orifice spécial en dehors du pilier externe. Raccourcissement de 5 et 7 centimètres environ. Guérison par première intention. La malade se ménage pendant au moins deux à trois mois. Revue le 15 mars, excellent résultat local et fonctionnel. L'utérus est redressé; l'opérée se trouve très bien; elle ne s'est livrée depuis à aucun travail fatigant.

VI. — *Rétroversion avec léger prolapsus réductible.*

M^{me} B..., âgée de 50 ans, m'est adressée à l'hôpital Beaujon, par M. le Dr Tripet. Elle est mère de sept enfants, ses accouchements et ses couches se sont toujours bien passés ; son dernier remonte à 1878. C'est deux ans plus tard, à la suite de fatigues excessives, qu'elle ressentit les premiers symptômes de son mal : douleurs dans la fosse iliaque droite avec irradiations dans la région lombaire et à la partie supérieure des cuisses ; sensation de pesanteur dans l'hypogastre et dans l'anus. Cet état, malgré des soins continus, dura environ six ans ; elle entra alors à l'hôpital Saint-Louis, où elle fut soignée pour une métrite par des injections astringentes, des tampons glycerinés et des cautérisations au nitrate d'argent. Nullement soulagée, elle vint nous trouver. Nous constatons une rétroflexion très accentuée avec un certain degré de rétroversion et de prolapsus, le col est aplati, volumineux, l'utérus lui-même est gros, il mesure au moins 8 centimètres. Il est mobile et peut être remis assez facilement en bonne situation.

13 juin. Opération d'Alexander. Le ligament droit est très gros ; le gauche est très grêle ; raccourcissement de 6 centimètres environ ; fixation aux piliers. Tampons de gaze. La guérison par première intention fut rapide. On constata à la sortie que l'utérus était redressé et était plutôt en antéflexion qu'en rétroflexion. L'opérée a été revue le 15 mars ; son état s'est bien maintenu. L'utérus est resté en bonne situation, il n'y a plus de douleurs ; elle peut vaquer à ses occupations. Elle a laissé de côté le pessaire à anneau que je lui avais fait porter pendant quelque temps après son opération.

VII. — *Rétroversion utérine réductible, sans prolapsus.*

M^{me} E. Rog..., âgée de 48 ans, blanchisseuse, a été réglée pour la première fois à seize ans. Tout a été normal jusqu'en septembre 1886. Elle est mariée et mère de deux enfants vivants ; le premier est né en 1865 ; accouchement normal ; en 1867, elle a fait une fausse couche à la suite de laquelle elle eut une pelvipéritonite qui la força à garder le lit pendant plus de deux mois. Elle a eu son second enfant en 1872 ; bonnes couches. En 1873, nouvelle fausse couche et nouvelle poussée de pelvipéritonite ; elle garde le lit pendant trois mois. En 1882, elle accouche à terme d'un enfant mort. En 1887, elle commença à ressentir des douleurs persistantes dans les lombes et une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, et cela sans pertes blanches ; puis elle fut prise d'incontinence d'urine sans que la miction fût douloureuse. Elle dut renoncer à ses occupations ; elle ne pouvait se tenir debout ou marcher sans que l'urine s'échappât par le méat ; couchée ou assise, elle garde très bien ses urines. Elle fut électrisée mais sans aucun profit et se décida à entrer à l'hôpital Beaujon. L'examen ne nous montra aucune altération du côté de l'urèthre ni de la vessie ; mais l'utérus est en rétroversion marquée ; le col est dirigé en avant, le corps porte trois à quatre petites tumeurs du volume d'une noix ou d'une noisette ab-

solument indolentes et qui ne sont autres que des fibromes. Nous pensâmes que peut-être l'incontinence d'urine était liée à la déviation de l'utérus, et procédâmes au raccourcissement des ligaments ronds le 26 juin 1888. Les ligaments sont grêles des deux côtés, quoique assez solides pour être raccourcis de 5 centimètres environ, puis fixés. Je constate que l'utérus s'est à peine redressé sous l'influence des tractions exercées. Guérison. La malade est sortie en décembre 1888; elle a actuellement un peu de métrite. Elle a été revue le 15 mars 1889; l'incontinence d'urine a persisté depuis comme avant; l'utérus est encore en rétroversion, mais moins marquée qu'au moment de l'opération; elle ne souffre pas.

VIII. — *Rétroversion prononcée, difficilement réductible et maintenable, avec prolapsus des deux ovaires.*

M^{me} L. L..., âgée de 26 ans, difficilement réglée, ne présente aucun autre antécédent digne d'être noté. Elle souffre, depuis trois ans, de violentes douleurs dans la région gauche du petit bassin principalement, de plus elle éprouve comme une sensation de poids, de pesanteur sur le rectum. On l'a traitée par l'application des courants électriques, inutilement, depuis dix-huit mois.

L'examen nous permet de constater une rétroversion très accentuée, l'utérus est renversé sur le rectum, beaucoup plus volumineux qu'à l'état normal, légèrement douloureux à la pression; on sent en outre, dans les culs-de-sac, de petites tumeurs très douloureuses au toucher profond et qui paraissent être les ovaires, sans que d'ailleurs, par l'examen bimanuel, nous puissions constater une réelle augmentation de volume. L'utérus est difficilement réductible soit sous les doigts, soit à l'aide de l'hystéromètre. Il résiste aux manœuvres que l'on fait pour le redresser.

Je propose néanmoins l'opération du raccourcissement des ligaments ronds. Celle-ci est pratiquée le 8 août. L'on trouve difficilement les ligaments; ceux-ci s'effritent sous la plus légère traction et il est impossible d'obtenir quoi que ce soit pour le redressement de l'utérus. La malade quitte d'ailleurs l'hôpital douze jours après l'intervention, nullement soulagée par l'opération. Nous l'avons revue le 1^{er} mars; les douleurs ont continué depuis comme avant.

IX. — *Prolapsus utérin avec antéflexion difficilement réductible.*

M^{me} L. L..., âgée de 40 ans, nous est adressée par le Dr Bernard, pour des manifestations douloureuses multiples, surtout pendant la marche et la station debout. C'est une femme sans cela bien portante, bien réglée, mais très névropathe. L'examen nous démontre un prolapsus utérin peu accentué; nous trouvons le col à environ 4 centimètres de la vulve. L'utérus ne paraît pas très volumineux; il est mobile et se laisse facilement repousser à sa situation normale. L'on constate de plus qu'il y a une antéflexion excessivement prononcée; l'utérus est recourbé à angle aigu en avant et son fond vient reposer

sur la vessie. L'angle qu'il forme est absolument rigide; le fond ne se laisse pas repousser. J'essaye en vain d'introduire un hystéromètre, cela est absolument impossible. La malade a porté toutes sortes de pessaires; elle n'a été soulagée par aucun; loin de là. Opération du raccourcissement des ligaments ronds, le 18 novembre 1888. Les deux ligaments sont découverts, le gauche beaucoup plus difficilement que le droit, ce dernier est beaucoup plus épais et plus résistant. Raccourcissement de 4 centimètres seulement à gauche, de 7 à 8 centimètres à droite. Sutures aux piliers à la soie phéniquée. Réunion, tampon iodoformé dans le vagin. Sous le chloroforme, je tente, par des manœuvres bimanuelles, le redressement de l'antéflexion; je n'y arrive qu'avec peine; cependant, l'opération terminée, j'ai gagné quelque chose : le prolapsus est corrigé et la flexion en partie seulement.

La malade a été soulagée immédiatement et ses douleurs ont disparu. Elle a été revue au commencement de mars; l'utérus est remonté; l'antéflexion est bien moindre; elle ne souffre un peu que lorsqu'elle se fatigue; je lui recommande pendant quelque temps encore le port d'un tampon iodoformé.

X. — *Prolapsus utérin pur avec cystocèle.*

M^{me} V..., âgée de 51 ans, m'est adressée par le Dr Girard. Très névropathe, elle a, depuis deux ans environ, des troubles psychiques assez graves, consistant dans de la lipémanie. Ceux-ci se sont fortement accentués depuis quelque temps sous l'influence d'une émotion vive. Sachant qu'elle avait un prolapsus de l'utérus léger, elle vit une femme dont l'utérus pendait entre les cuisses; depuis ce moment tous les troubles se sont montrés aussi bien du côté de l'état général que du côté de l'état local.

La ménopause s'est établie depuis deux ans; elle a eu deux enfants. Les accouchements ont été normaux ainsi que les grossesses. Elle éprouve des douleurs dans le bas-ventre et dans les fesses quand elle se tient pendant un certain temps debout; elle a des envies fréquentes d'uriner. Je constate un prolapsus qui fait descendre le col jusqu'à trois ou quatre centimètres de la vulve; un utérus peu volumineux (7 cent. et demi), une cystocèle très accentuée, surtout dès que la malade fait un effort. Celle-ci est très frappée de cette difformité qu'elle sent très bien avec le doigt. Comme le prolapsus est réductible, je conseille d'abord le port d'un pessaire Dumontpallier, pour n'en arriver à l'intervention que si la malade n'est pas soulagée. N'obtenant rien au bout de quinze jours, et espérant que l'opération influencera heureusement l'état local et l'état général, je pratique, le 9 décembre 1888, l'opération d'Alexander et l'élytorrhaphie antérieure. Je fais le raccourcissement des deux côtés sur deux ligaments forts qui permettent une traction énergique sur l'utérus, qui remonte manifestement jusqu'à sa situation normale. Sutures à la soie phéniquée. Guérison. La malade a eu une rétention d'urine pendant cinq jours. Quand elle a quitté Paris, au milieu de janvier, l'utérus était remonté;

la cystocèle avait disparu ; l'état mental était amélioré. Je lui ai conseillé pendant trois mois le port d'un petit pessaire à air, pour soutenir le col et la cicatrice vaginale.

Discussion.

M. L.-CHAMPIONNIÈRE. La lecture de notre collègue ne porte point la conviction dans mon esprit ; un jugement absolu me semble du reste difficile dans l'espèce. L'opération d'Alexander est passible de plusieurs objections. Tout d'abord son exécution peut rencontrer de grandes difficultés. On a dû quelquefois aider son action au moyen de tampons, de pessaires, d'appareils divers ; ce serait déjà là un aveu d'impuissance. Pour ce qui est des résultats définitifs, le hasard vient de me faire examiner une ancienne opérée, chez laquelle la déviation est reproduite d'une part, et dont les souffrances n'ont jamais été améliorées.

La ventro-fixation tiendra-t-elle mieux ses promesses ? Je l'ai exécutée cinq fois ; mais j'ai revu, il y a peu de jours, une malade opérée depuis un mois, chez laquelle l'utérus est toujours bien fixé, mais qui recommence à souffrir. Un des avantages de la nouvelle opération, en tout cas, c'est qu'elle permet d'enlever les ovaires du même coup.

J'ai opéré une femme qui avait une rétroversion légère, mais souffrait beaucoup. A un examen minutieux, je n'avais constaté aucune lésion des ovaires. Je pratique la laparotomie, trouve les ovaires altérés, les extirpe, et ne prends point la peine de fixer l'utérus. Les douleurs ont cessé depuis lors, et la malade est restée guérie. Dans les cas où le redressement est difficile, et j'ai signalé ce fait, l'hystérectomie est certainement encore supérieure à l'Alexander, qui serait alors complètement impuissant.

A l'encontre de l'opération d'Alexander, qui nécessite deux incisions, l'hystérectomie n'en réclame qu'une seule. Il est vrai qu'elle ouvre la cavité abdominale ; mais je ne considère point cette complication comme une aggravation sérieuse pour le pronostic. Si, du reste, je me décidais à exécuter l'Alexander, je n'aurais garde de ménager mes incisions.

Il ressort de ce parallèle, que je ne trouve aucun argument qui soit favorable au raccourcissement des ligaments ronds ; rien qui ne puisse provisoirement détourner de la ventro-fixation.

Je dois avouer pourtant qu'on a proposé des moyens bien variés contre les déviations utérines, et que quelques-uns de ces moyens ont procuré des soulagements notables aux malades. Or, l'Alexander agit comme le ferait un pessaire, et je ne vois pas bien les motifs qui pourraient le faire préférer à ces derniers.

M. BOULLY. Mes observations me conduisent à conclure comme M. Championnière. Je me réserve, du reste, de les faire connaître ultérieurement.

M. QUÉNU. Le hasard m'a fait revoir aujourd'hui même une malade opérée par moi il y a 17 mois. Il s'agissait d'une femme de 30 ans, portant une rétroversion déterminant des douleurs dans le bas-ventre de la gêne du côté du rectum, et facilement réductible. L'opération, que je pratiquai au mois d'octobre 1887, fut facile. Je laissai la malade en repos pendant quatre semaines, et le résultat a d'abord été heureux; mais depuis trois mois les douleurs ont reparu à tel point, qu'elle réclame actuellement une nouvelle intervention.

L'utérus, malgré cela, a conservé sa bonne situation.

M. RICHELOT. Deux opérations d'Alexander ne m'ont pas donné de résultats satisfaisants; aussi suis-je peu partisan de ce mode d'intervention.

M. SCHWARTZ. Je répondrai à M. Championnière que mon intention n'était nullement de faire un parallèle entre les deux opérations, qui ont chacune leurs indications particulières. L'opération d'Alexander ne doit être conseillée que dans les déviations facilement réductibles, autrement elle ne donne aucun résultat; aussi n'est-il jamais entré dans mon esprit de l'appliquer aux rétroversions adhérentes ou aux prolapsus difficiles à maintenir.

Je reconnais avec M. Championnière qu'on peut rencontrer avec les déviations utérines telles ou telles coïncidences qui les relèguent au second plan. Dans les cas plus simples, où elles sont la véritable cause des souffrances et de la gêne, l'Alexander reprend sa supériorité; car on ne peut guère contester que le raccourcissement des ligaments ronds ne soit d'une exécution plus simple, et moins entourée de danger, que l'opération qu'on lui oppose.

L'observation de M. Quénu témoigne, au moins, que la déviation est restée corrigée. M. Segond, lui-même, a noté des cas défavorables à côté de bons résultats.

Il faut voir, nous dit-on, si les pessaires ne donneraient point de résultats avant d'en arriver à un traitement opératoire; or, dans les faits que je possède, je ne suis intervenu qu'après m'être assuré qu'aucun pessaire n'était capable de corriger la déviation et de supprimer les douleurs. Je ferai observer à M. Quénu que, dans le cas qu'il nous rapporte, il faut bien admettre que les phénomènes douloureux n'étaient point causés par la rétroversion elle-même.

Lecture.

M. TACHARD lit une observation de kyste hydatique de la rate.
(M. Chauvel, rapporteur.)

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le vice-secrétaire annuel,
A.-H. MARCHAND.

Séance du 27 mars 1889.

Présidence de M. LE DENTU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

- 1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;
- 2° M. le D^r CHABANT fait don à la Société de sa thèse envoyée par erreur pour le concours du prix Duval ;
- 3° M. TH. ANGER demande un congé de six semaines ;
- 4° M. le D^r BRUN se porte candidat à la place titulaire vacante ;
- 5° *Sutura elastica et nuevo proceder para la reseccion del cuerpo del maxilar inferior*, par le D^r R. DEL CASTILLO-QUARTISELLERZ ;
- 6° *Transaction of the pathological Society of London*, t. XXXIX, 1888 ;
- 7° *Mémoires de la Société de médecine de Nancy*, année 1887-1888 ;
- 8° Recueil des faits. *Des sutures perdues dans quelques opérations plastiques ; De l'emploi du naphthol dans les pansements*, par le D^r J. REVERDIN (de Genève), membre associé étranger ;
- 9° *Luxation congénitale de la rotule gauche, en dehors, se pro-*

duisant dans la flexion du genou, par le D^r CHAVASSE (commissaire, M. Berger);

10° Cure des trajets fistuleux par l'électrolyse, par le D^r HOUZEL (de Boulogne-sur-Mer), membre correspondant.

Chez un homme de 38 ans, atteint d'une fistule du cou, suite d'abcès froid, déjà vieille de six mois et ayant résisté aux injections, à l'iodoforme, au raclage, à la cautérisation actuelle et potentielle, notre confrère recourt à l'électrolyse, pôle négatif. Deux séances à six jours de distance, la première de dix, la seconde de cinq minutes, amenèrent une guérison complète et qui s'est maintenue depuis le milieu de février. Le procédé pourra être utilisé dans les fistules de la face, du cou, sans lésions osseuses; il ne présente aucun danger.

Présentation de malade.

M. DESPRÉS présente un malade auquel il a extirpé la clavicule pour un ostéo sarcome.

M. DESPRÉS. J'ai constaté chez ma malade que la puissance du bras pour élever des objets pesants n'avait pas diminué; la malade pouvait porter à bras presque tendu une chaise. Mayer avait déjà constaté le fait. Mais ce qu'il y a de plus surprenant et contradictoire, c'est la facilité qu'a la malade à porter le bras en arrière sur le dos et le siège: elle peut nouer les cordons de son jupon en arrière. Un seul mouvement est limité: la malade porte bien la main à sa bouche, à son oreille et à son front, mais il lui est impossible de porter sa main derrière le cou et à l'occiput. C'est la seule faculté qu'a perdue son membre supérieur.

Le faisceau claviculaire du grand pectoral est inséré maintenant sur la première côte; les fibres du trapèze sont insérées actuellement sur l'apophyse coracoïde: aussi les mouvements d'adduction et d'abduction du bras et d'élévation de l'épaule sont normaux.

Suite de la discussion sur le traitement des déplacements et des déviations utérines.

M. TRÉLAT. J'ai toujours défendu ce principe de chirurgie générale que toute intervention doit être basée sur un diagnostic exact et précis. Or ce principe, que dans l'espèce je tiens à défendre du reproche de banalité, est surtout applicable aux affections des organes génitaux des femmes, pour lesquelles il existe une thérapeutique opératoire si variée.

L'opération d'Alexander convient surtout, je pourrais ajouter uniquement, aux cas de rétroflexions ou de déviations exempts de toute complication. Elle ne peut exercer aucune action utile sur les prolapsus de l'utérus puisque, bien loin de relever cet organe, elle l'attire en bas et en avant, déterminant ainsi un abaissement notable du col, abaissement d'autant plus sensible que ce dernier serait plus hypertrophié en longueur. Ce déplacement réclame les diverses amputations du col, colporrhaphies, colpoperinéorraphies, etc., etc. Peut-être, en désespoir de cause, l'hystéropexie lui serait-elle applicable lorsqu'elle aura été suffisamment étudiée sous ses divers aspects.

J'ai dit que les rétroflexions pouvaient être divisées en : 1° mobiles; 2° résistantes; 3° adhérentes.

Les rétroflexions résistantes sont des rétroflexions simples, mais en voie de subir des modifications qui les transforment en flexions adhérentes. Elles résistent d'abord aux manœuvres de réduction, mais bientôt elles cèdent tout à coup.

L'opération d'Alexander convient aux deux premières catégories, s'il n'existe aucune autre complication que la métrite qui accompagne constamment ces déviations. Il est indispensable, du reste, ainsi que l'a fait M. Schwartz, de combattre cette métrite avant de rectifier la situation vicieuse de l'utérus. En agissant ainsi, conformément à un diagnostic bien établi, le succès est de règle absolue.

J'ai pratiqué actuellement, ou fait exécuter sous ma direction, le raccourcissement des ligaments ronds quatorze fois. J'écarte immédiatement de ce total cinq cas dans lesquels il s'agissait de rétroflexions adhérentes.

Des neuf qui restent, deux sont tout récents; deux autres ont été perdus de vue, mais j'ai pu revoir et suivre cinq de ces opérées.

Chez ces cinq malades, le résultat a été excellent à tous les points de vue. L'utérus est resté en rétroversion, les douleurs ont disparu; ces femmes peuvent rester debout, marcher, se livrer en un mot à toutes leurs occupations.

Lorsque l'opération doit rester sans résultats, on constate, dès la fin du premier mois, que l'utérus tend à retomber en arrière. Si, ce délai passé, la situation reste correcte, le succès est assuré, ainsi que je l'ai plusieurs fois constaté.

Le diagnostic, je le répète encore, doit être exact, car les métrites, adhérences résistantes, salpingites, divers états pathologiques de l'ovaire même méconnus, constituent autant de motifs pour lesquels échoue l'opération. De mon expérience personnelle

et de mes lectures résulte cette conviction que l'Alexander a été fort souvent pratiqué à tort.

Les rétrodéviations de l'utérus constituent une menace pour l'avenir des malades qui en sont atteintes. Elles se compliquent presque fatalement avec le temps d'accidents divers tels que des métrites et ultérieurement même de salpingites ; à la longue elles deviennent sûrement adhérentes.

Je suis donc convaincu qu'il est d'une bonne pratique d'intervenir contre les rétroversions absolument indolentes, puisque l'intervention peut seule mettre à l'abri des accidents sus-mentionnés.

Elle est de plus indiquée dans les rétroflexions mobiles exemptes de complications lorsque la flexion est permanente et commence à devenir douloureuse.

L'opération en elle-même est dépourvue de gravité et ne présente aucune difficulté sérieuse. Dans mes quatorze cas, j'ai pratiqué vingt-huit opérations ; j'ai constamment trouvé les ligaments ronds sans recherches bien laborieuses ; il m'a toujours été possible d'en exciser des longueurs variant de cinq à quatorze centimètres. La réunion par première intention a toujours été obtenue, à part un seul cas, où un petit point de suppuration se montra autour d'un fil, la cicatrice a toujours été linéaire et à peine visible.

On a beaucoup parlé du revêtement péritonéal du ligament rond, de la possibilité d'ouvrir le cul-de-sac que forme la séreuse autour du cordon.

Ce danger est purement imaginaire, et j'ai toujours constaté que l'isolement du ligament était possible, facile et régulièrement exécutable.

Je suis encore à noter un accident consécutif de quelque gravité.

L'Alexander est donc une opération régulière, facile, dépourvue de tout danger ; elle donne de plus d'excellents résultats thérapeutiques si elle est exécutée pour les cas seuls où elle est bien indiquée.

M. BOULLY. A l'occasion de la communication de notre collègue Schwartz, je ne prendrai la parole que pour m'occuper des symptômes et du traitement des rétrodéviations de l'utérus. A ce double point de vue, celles-ci doivent être divisées en deux classes, les rétrodéviations *simples* et les rétrodéviations *compliquées*. Les rétrodéviations simples comprennent les cas dans lesquels la déviation de l'utérus en arrière constitue *toute* la maladie ; à cette classe appartiennent les rétroversions et les rétroflexions *mobiles, réductibles, coercibles* après réduction. Les rétrodéviations *compliquées* sont celles auxquelles se trouve adjoint un élément morbide, repré-

senté par la périmérite ou la paramérite et plus souvent par une inflammation des anneaux de l'utérus; ce sont les *rétrodéviations douloureuses, irréductibles ou difficilement réductibles, incoercibles ou difficilement coercibles*.

1° Déviations simples.— Elles comprennent la rétroversion et la rétroflexion. La rétroversion doit être étudiée à part et presque laissée de côté; elle ne donne lieu qu'à très peu de symptômes et peut se modifier facilement suivant l'état du viscère de l'abdomen.

A propos de la rétroflexion simple, une question préalable se pose : cette déviation simple, sans aucune complication, a-t-elle toujours des symptômes propres? Existe-t-il toujours des troubles tenant à la déviation elle-même? Quand on examine un très grand nombre de femmes, on arrive à penser que souvent cette déviation ne donne lieu à aucun phénomène appréciable pour la malade. Chez des malades âgées ou ayant dépassé la ménopause, on trouve souvent l'utérus fortement fléchi en arrière sans qu'il en résulte aucun trouble; la même attitude vicieuse peut même se rencontrer chez des femmes plus jeunes, sans qu'il en résulte une gêne bien marquée. Quelquefois cependant, sans que je puisse donner une proportion exacte, il existe une gêne et des troubles incontestables démontrés par la réduction, qui la fait disparaître, pour ainsi dire, instantanément.

Dans ce cas, les symptômes sont surtout accusés du côté du rectum, la malade se plaignant de douleur dans la région ano-rectale, de gêne et de douleur dans la marche et dans la station assise, quelquefois d'un tiraillement douloureux dans un des côtés de l'abdomen.

Dans des cas plus rares, il y a de la dysménorrhée ou des métrorrhagies que l'on guérit d'une manière rapide par la réduction de l'organe et son maintien en bonne attitude. Dans ces cas, peut-être y a-t-il un léger degré d'endométrite entretenue et exagérée par la flexion en arrière; mais je ne crois pas la métrite coïncidant avec la rétroflexion aussi fréquente que le pense M. Trélat.

Enfin, très souvent, en même temps que la déviation en arrière, chez la femme ayant accouché, il y a un abaissement plus ou moins marqué de l'utérus et une déchirure plus ou moins étendue du vagin et du périnée.

Mais il faut toujours se méfier des cas où les troubles sont très accentués; on peut croire à une déviation *simple*, la maintenir en place exactement corrigée et réduite, et plus tard on assiste au développement d'une salpingite impossible à décélérer dans les premiers stades de son évolution et qui ne se traduit alors que par la douleur que l'on attribue à la rétroflexion.

Faut-il traiter ces cas simples de rétrodéviations ? Je pense que oui ; d'abord, parce que l'expérience a démontré que, dans un certain nombre de cas, la correction de l'attitude vicieuse faisait disparaître tous les symptômes pénibles ou gênants ; ensuite, parce que la flexion en arrière peut entraîner des conséquences fâcheuses du côté des annexes de l'utérus et du côté de la muqueuse utérine elle-même. La flexion dévie l'embouchure des trompes et tord le canal tubaire, y provoque la rétention de mucus, des hydropisies et des inflammations des annexes. Il n'est pas rare de voir, après la réduction d'une rétroflexion, se produire par l'utérus, dans les premières qui suivent la correction, une véritable décharge aqueuse et disparaître une tuméfaction perçue auparavant sur l'un des côtés de l'organe et représentant une hydropisie tubaire.

La rétroflexion s'accompagne aussi quelquefois d'un prolapsus de l'un ou des deux ovaires dont la présence est une cause de violentes douleurs qui ne sont calmées que par la réduction de l'utérus. Je fais remarquer en passant que ces cas, où l'on peut trouver une trompe ou un ovaire facilement accessible au voisinage de l'utérus rétrofléchi, confluent déjà aux rétrodéviations compliquées, malgré la mobilité de l'utérus et la facilité de la réduction et de son maintien.

Dans ces cas simples, tous les procédés de réduction sont bons, et je ne veux pas entrer dans leurs détails : la réduction par la position genu-pectorale avec ou sans refoulement direct, la correction à l'aide du cathéter utérin, la reposition bimanuelle de Schulze, sans le chloroforme, donnent également de bons résultats et doivent être employés suivant les cas.

La contention constitue, au contraire, le point délicat du traitement. On peut dire qu'elle est facile si le vagin et le périnée sont en bon état et ont leurs propriétés de soutien et de résistance conservées ; elle est difficile et presque impossible dans les conditions inverses. Dans ce dernier cas, l'utérus retombe en arrière et les instruments de contention ne servent à rien ou même sont expulsés du vagin.

Pour ces cas et suivant les conditions, je me sers du pessaire de Hodge en ayant soin de remplir les indications nécessaires pour qu'il puisse être utile, à savoir qu'il soit appliqué après une réduction complexe et dans un plancher pelvien résistant. Il faut donc souvent combiner aux manœuvres de réduction et de contention la restauration du plancher pelvien, et l'on peut dire que dans la plupart des cas cette restauration constitue tout le succès du maintien de la réduction par les instruments appropriés.

J'ai pratiqué 17 fois la colpo-périnéorrhaphie dans ces conditions,

pour assurer la correction de la rétroflexion et le maintien d'un pessaire de Hodge.

J'ai agi de cette façon dans des cas extrêmement nombreux, et je n'ai eu qu'à m'en féliciter; les malades ont toujours été soulagées quand il s'agit de ces cas simples, et plusieurs d'entre elles sont devenues enceintes peu de temps après la correction de la déviation.

Le pessaire de Hodge constitue, dans ces cas, un instrument tout à fait précieux; il est facilement toléré pendant des mois, presque à l'insu de la malade. J'ai pris l'habitude de le laisser en place pendant huit mois ou un an; au bout de ce temps, sous l'influence de la pression intestinale sur le fond et la face postérieure de l'utérus, la déviation en arrière n'a plus aucune tendance à se reproduire; les malades peuvent être considérées comme définitivement guéries, et l'instrument peut être retiré. S'il est enlevé prématurément, tous les désordres se reproduisent, et les malades reviennent accuser les troubles antérieurs et réclamer la remise en place de leur instrument.

Ce sont ces cas simples, dans lesquels réussit si bien le pessaire de Hodge, que vous guérissez par l'opération d'Alexander, et ce sont ces seuls cas! Et encore l'opération d'Alexander, exécutée isolément, ne vaut rien et ne donne que de médiocres résultats si le périnée et le vagin sont mauvais et ne sont pas restaurés, si vous n'ajoutez pas au raccourcissement des ligaments ronds la colpopérinéorrhaphie.

Pourquoi faire alors deux opérations quand une seule peut suffire en y ajoutant, pour un temps peu prolongé, un tuteur pour l'utérus? Pourquoi ne pas s'en tenir aux données physiologiques qui régissent le maintien de l'utérus en bonne attitude et fixer cet organe plus ou moins solidement par une opération qui modifie les conditions naturelles?

A plus forte raison, je jette par-dessus bord l'*hystéropexie* ou *ventro-fixation* appliquée à la cure de la rétroflexion simple, et je ne pense pas que beaucoup de chirurgiens arriveront à ces moyens extrêmes pour combattre une déviation souvent peu importante par elle-même et justiciable d'une thérapeutique infiniment plus innocente! Et pourtant ce sont les seuls cas où l'opération d'Alexander ou de la ventro-fixation pourraient donner quelques résultats contre les accidents dus à la rétrodéviatio elle-même!

2° *Déviations compliquées.* — Celles-ci, dites aussi irréductibles, douloureuses, n'ont pas d'autres symptômes que les symptômes de la pelvi-péritonite chronique qui les complique et de la salpingo-ovarite concomitante.

Avec un examen attentif, bien souvent il est possible de recon-

naître à la fois la flexion de l'utérus en arrière et la présence de masses plus ou moins volumineuses et toujours douloureuses situées sur les côtés du corps utérin et même au-dessous de lui, et pouvant le simuler ou paraissant augmenter son volume.

Alors même que les annexes malades ne peuvent être facilement reconnues, quand avec une rétroflexion existent de violentes douleurs, quand la marche est presque impossible, quand les cahots et les secousses retentissent douloureusement dans l'abdomen, quand le toucher vaginal révèle une sensibilité exagérée des culs-de-sac et du corps utérin, il faut se méfier ; la rétrodéviatiôn n'est pas seule, elle s'accompagne d'une lésion presque certaine des annexes, alors même que celle-ci ne saurait encore être soupçonnée par d'autre phénomène que la douleur elle-même.

Et la preuve en est fréquemment donnée : la réduction bien faite, bien maintenue, ne donne pas de soulagement ou ne procure qu'un soulagement momentané.

Plusieurs fois, quatre fois, j'ai dû enlever des annexes malades chez des femmes à qui, longtemps auparavant, j'avais fait la réduction d'une rétroflexion douloureuse, à une époque où ces annexes ne pouvaient être que soupçonnés de lésion.

Du reste, dans ces cas, les manœuvres de réduction sont difficiles, douloureuses, quelquefois impossibles et parfois suivies de poussées inflammatoires et de métrorrhagies.

Aussi, dans ces conditions, je repousse toute thérapeutique qui ne s'adresse qu'à la déviation : elle ne vise que l'élément le moins important de l'affection. Je rejette donc toutes les manœuvres de massage utérin ou utéro-abdominal, de réduction forcée, de rupture lente ou brusque des adhérences, et je les considère comme inutiles, sinon dangereuses.

Le traitement ne doit être dirigé que contre la périmétrite, et plus tard, assez souvent, il consistera dans l'ablation des annexes par la laparotomie. Et c'est alors qu'éclate à *posteriori* la preuve des causes de la douleur : quatre fois j'ai fait la laparotomie dans ces conditions ; j'ai enlevé des annexes profondément altérées, sans m'occuper de la rétroflexion, et les malades ont été guéries de toutes leurs douleurs comme par enchantement.

Et, chose remarquable, dans tous ces cas, quelque temps après l'opération, l'utérus s'était redressé, la rétroflexion s'était corrigée spontanément, et je me suis félicité de n'avoir pas allongé les manœuvres de la laparotomie de la fixation complémentaire de l'utérus à la paroi abdominale, après un redressement plus ou moins pénible. Je suis porté à penser qu'après l'ablation des annexes et le détachement des adhérences dans le cul-de-sac postérieur, il se fait en ce point un travail de rétraction cicatricielle

qui agit dans le même sens que les ligaments utéro-sacrés, rapproche le col du sacrum et tend à faire redresser le corps en haut et en avant. Quelle que soit l'explication, j'ai constaté le fait, et il est intéressant.

En terminant cette discussion, je résume de la façon suivante le mode de traitement utilement applicable, à mon sens, aux rétro-déviation et les appréciations tirées de l'étude des faits :

Dans les rétroflexions *simples*, faire la réduction et la maintenir avec un pessaire approprié, avec ou sans colpoperinéorrhaphie ou périnéorrhaphie, suivant l'état du plancher pelvien. L'opération d'Alexander ne peut réussir que dans les cas où l'on peut employer des procédés plus simples et mieux basés sur la physiologie.

Dans les rétroflexions *compliquées*, ne rien faire contre la déviation ; traiter la périmérite et faire, suivant les indications, l'ablation des annexes malades.

Je rejette l'hystéropexie comme un traitement curatif de ces cas et ne puis la considérer que comme une manœuvre complémentaire dont l'utilité n'est pas suffisamment démontrée.

M. TRÉLAT. Je ferai observer tout d'abord que ma communication et celle de M. Bouilly sont conçues dans le même esprit. Je trouve que pour les cas simples l'Alexander doit être préféré aux pessaires, parce que ces derniers, supportant l'utérus par sa partie inférieure, sont insuffisants sinon nuisibles dans les rétroflexions.

J'ai donné mes soins autrefois à une femme mère de six enfants pour une rétroflexion douloureuse. Tous les moyens de contention et de suspension furent successivement mis à l'essai ; tous échouèrent, et en dernier ressort tout traitement avait été abandonné, lorsqu'une heureuse grossesse vint remettre les organes en bonne situation.

M. PAUL SEGOND. Dans la dernière séance, j'ai fait allusion aux résultats que m'a donnés l'opération d'Alquié-Alexander sur six de mes malades. Je désire vous résumer aujourd'hui ces quelques observations et vous dire en peu de mots les réflexions qu'elles m'ont suggérées sur la valeur et les indications du raccourcissement des ligaments ronds.

En 1887, j'ai pratiqué deux fois le raccourcissement des ligaments ronds chez deux femmes atteintes de prolapsus utérin. La première, âgée de 22 ans, avait une cystocèle volumineuse et un prolapsus utérin très marqué. La moitié de l'utérus au moins sortait hors de la vulve dans la station droite. La cavité utérine mesurait 6 centimètres et demi. Dans la même séance opératoire, le 31 août 1887, j'ai pratiqué l'élytrorrhaphie antérieure et le rac-

courcissement des ligaments ronds (12 centimètres d'un côté et 14 de l'autre). Au bout de six semaines, l'opérée quittait l'hôpital de la Charité en parfait état. Mais trois mois après, le prolapsus tendait à se reproduire, et je ne doute pas que la récidive ne soit complète aujourd'hui si la malade ne s'est pas soumise à une autre intervention.

Ma deuxième opérée était âgée de 25 ans. Elle était atteinte de prolapsus simple. Le col descendait au ras de la vulve dans la station droite. Le périnée était intact. La cavité utérine mesurait 6 centimètres et demi à l'hystéromètre, et il n'y avait ni cystocèle ni rectocèle. Le 28 septembre 1887, j'ai raccourci les deux ligaments ronds de 12 centimètres à droite et de 11 à gauche. Trois mois après, l'utérus était toujours fixé en bonne condition et le résultat paraissait durable.

Ces deux observations ont été publiées par M. Trélat dans ses leçons sur le prolapsus des organes génitaux de la femme (*Annales de gynécologie*, mars 1889, p. 169).

Les quatre autres malades auxquelles j'ai fait l'opération d'Alquié étaient atteintes de rétrodéviatiôn. Une fois la rétrodéviatiôn était réductible et trois fois elle était maintenue par des adhérences. Voici le résumé succinct de ces quatre observations :

Ma première malade, âgée de 36 ans, était atteinte de rétroflexion très accusée mais réductible. Le 12 septembre 1888, à la Charité, je lui ai pratiqué l'opération d'Alquié. Douze centimètres de ligament ont été réséqués de chaque côté. Le ligament gauche a été fixé aux piliers inguinaux à l'aide d'un artifice dont je vous parlerai tout à l'heure. Quant au ligament rond droit, je l'avais, après traction, confié à un aide, et il a cassé au moment où je le transperçais avec une aiguille de Reverdin. Trois mois après j'ai revu la malade ; elle ne souffrait plus.

Ma deuxième opérée, âgée de 26 ans, était atteinte de rétroflexion adhérente. M. Trélat a opéré peu à peu le redressement par la méthode qu'il a préconisée, et le 10 août 1888 j'ai raccourci les ligaments ronds de 11 centimètres de chaque côté. Le résultat immédiat a semblé parfait. Réunion par première intention. Disparition des douleurs ; maintien de l'utérus en bonne position, etc. Mais trois mois après la rétroflexion s'est en partie reproduite et les douleurs sont revenues.

La troisième opération est semblable. Il s'agit d'une femme de 25 ans, atteinte de rétroflexion adhérente et douloureuse. L'utérus a été redressé par M. Trélat et l'opération d'Alquié pratiquée par moi le 10 août 1888. Résultat immédiat parfait, mais, trois mois après, retour partiel de la déviation et des souffrances.

Ma quatrième et dernière opérée est une femme de 23 ans, at-

teinte, elle aussi, de rétroflexion très adhérente et particulièrement douloureuse. Après avoir curé l'utérus et obtenu sa mobilisation par des séances successives de redressement, j'ai raccourci les ligaments ronds. Le 30 septembre 1888, j'ai réséqué 12 centimètres de ligaments des deux côtés et je les ai noués sur les piliers inguinaux. Deux mois après, la réduction était toujours maintenue et la malade débarrassée de ses souffrances. Mais je ne l'ai pas revue, et je ne puis en conséquence me prononcer sur la validité de la cure.

Ces quelques faits résument ma pratique personnelle. J'ai fait à leur propos, durant ma dernière suppléance à l'hôpital de la Charité, une clinique restée inédite, et voici quelles sont les conclusions générales auxquelles je me suis arrêté.

Sauf exception, je crois que l'opération d'Alquié donne des résultats très médiocres dans le traitement du prolapsus utérin, et cela pour toutes les raisons qui ont été si bien résumées par MM. Trélat et Bouilly. Il est peut-être des cas dans lesquels le raccourcissement des ligaments ronds peut heureusement modifier un prolapsus récent ou peu accusé ; je vous en ai moi-même donné un exemple, mais c'est, à mon avis, l'exception. En règle générale, lorsque les opérations réparatrices portant sur le périnée, le vagin ou le col sont impuissantes à maintenir la réduction d'un utérus prolabé ; lorsqu'il devient, par conséquent, indispensable de combiner ces opérations de soutènement à celles qui ont pour but de fixer l'organe déplacé par son extrémité supérieure, l'opération d'Alquié me paraît, je le répète, tout à fait insuffisante. La seule ressource est alors d'ouvrir le ventre et de pratiquer l'hystéropexie proprement dite. Celle-ci serait faite suivant l'un de ses nombreux modes, et le meilleur est à cette heure bien difficile à déterminer.

Avant la récente communication de M. Terrier, l'hystéropexie par simple suture du fond de l'utérus à la paroi abdominale m'inspirait peu de confiance, et j'ai toujours peine à croire que cette fixation puisse résister aux tractions inévitables d'un utérus antérieurement prolabé. Aussi bien ai-je dit (Bacovicéano, *Thèse doctorale*, Paris, 1889) que, dans les cas assez graves pour légitimer la laparotomie, le plus sûr serait encore de sacrifier les annexes et de suspendre l'utérus à la partie inférieure de la plaie abdominale par le traitement extrapéritonéal du pédicule. Les résultats fournis par l'hystéropexie pratiquée suivant le procédé très perfectionné que M. Terrier a récemment préconisé seront-ils de nature à dissiper les craintes que je viens d'exprimer ? L'avenir seul peut nous répondre. Si la symphise utéro-pariétale créée par le procédé de Terrier est vraiment solide ; si les faits établissent, en outre, qu'elle

n'est pas en elle-même la source de phénomènes douloureux analogues à ceux que provoquent d'habitude les adhérences pelviennes, il est bien clair que l'opération de Terrier deviendra l'opération de choix dans les cas dont il est question. Mais encore une fois la question reste à l'étude et, seule, l'expérience pourra nous renseigner.

Si l'insuffisance de l'opération d'Alquié, dans le traitement du prolapsus, ne me semble pas douteuse, je suis, par contre, persuadé que cette intervention peut rendre des services indiscutables lorsqu'il est indiqué de maintenir chirurgicalement la réduction d'une rétrodéviatiou. Mais il faut ici distinguer deux groupes de faits très distincts : d'une part, les rétrodéviations facilement réductibles ; d'autre part, les rétrodéviations adhérentes et difficilement réductibles.

Lorsque la rétrodéviatiou est facilement réductible, le raccourcissement des ligaments ronds est une opération parfaite, et sa valeur, au point de vue de la guérison définitive, ne me semble pas contestable. M. Bouilly n'est pas de cet avis et, pour lui, l'emploi judicieux des pessaires donne ici les meilleurs résultats, sans qu'il soit nécessaire de recourir au bistouri. Certes, je ne conteste pas la valeur des guérisons obtenues par la méthode dont M. Bouilly nous a si bien montré les avantages ; mais tout en reconnaissant l'utilité des pessaires et les grands services qu'ils rendent dans certaines circonstances, j'avoue que je me sers le moins souvent possible de ces instruments.

En tout cas, si les résultats qu'ils donnent sont tels qu'une opération simple et bénigne puisse les fournir, je ne crois pas qu'il y ait lieu d'hésiter ; l'opération est préférable. Or, tel est précisément le cas, lorsque nous nous trouvons en présence d'une femme atteinte de rétrodéviatiou facilement réductible. Un pessaire bien appliqué peut sans doute maintenir la réduction ; mais pourquoi ne pas donner la préférence au raccourcissement des ligaments ronds ? Les pessaires, si bien appliqués qu'ils soient, sont des hôtes toujours plus ou moins gênants, et leurs inconvénients ont une évidence particulière lorsqu'il s'agit d'une femme encore jeune... Quant à l'opération, quel reproche peut-on lui faire ? Aucun, me semble-t-il. Elle est simple et bénigne ; la guérison qu'elle donne est parfaite, et, je le répète, l'hésitation ne me semble pas possible. En présence d'une rétrodéviatiou facilement réductible et assez douloureuse pour légitimer une intervention, le raccourcissement des ligaments ronds est bien l'opération de choix.

Il en est tout autrement lorsque la rétrodéviatiou est maintenue par des adhérences péritonéales plus ou moins solides. Dans les cas de ce genre, on peut sans doute essayer d'assouplir les adhé-

rences par des manœuvres appropriées pour assurer ensuite la réduction par le raccourcissement des ligaments ronds. Mais je crois que les résultats ainsi obtenus sont toujours des plus infidèles. En fait, lorsque ces rétrodéviations adhérentes provoquent des symptômes assez graves pour légitimer une intervention sérieuse, je crois que le mieux est d'ouvrir le ventre et de redresser l'organe par destruction directe des adhérences. Mais, et c'est ici que j'adopte entièrement les idées de M. Bouilly, le redressement de l'organe ainsi obtenu, la conduite à suivre est absolument subordonnée à l'état des annexes.

Si, par exception, les annexes paraissent saines, si la déviation utérine et les adhérences qui la maintiennent sont bien seules en cause, l'hystéropexie est indiquée, et tout porte à penser que le procédé de Terrier mérite alors la préférence. Mais cette intégrité supposée des annexes est, je crois, la grande exception. En règle générale, chez les femmes atteintes de rétrodéviation adhérente, les ovaires et les trompes sont presque toujours malades, et les lésions des annexes sont la vraie cause des souffrances. Aussi bien, l'hystéropexie me paraît-elle contre-indiquée dans les cas de ce genre. Ce qu'il faut, c'est enlever les annexes après redressement de l'utérus. Cette opération n'agit pas seulement en supprimant les parties malades, elle a pour autre conséquence de maintenir l'utérus en bonne position sans qu'il soit nécessaire de recourir à l'hystéropexie. Cette influence de l'ablation des annexes sur le maintien du redressement est facile à vérifier au moment où l'on opère. La striction des ligatures pédiculaires détermine un raccourcissement évident du bord supérieur des ligaments larges, et, lorsque les fils sont noués, on peut constater que le fond de l'utérus, maintenu en avant, ne peut plus basculer en arrière. Cette réduction est-elle durable ? J'ai tout lieu de penser qu'il en est souvent ainsi. Deux fois, en effet, j'ai pratiqué l'ablation des annexes chez deux femmes atteintes de salpingite et de rétrodéviation. Je suis ces deux opérées depuis plusieurs mois, et, chez toutes deux, l'utérus reste en bonne position.

Ces quelques développements vous résument toute ma pensée. A mon sens, le raccourcissement des ligaments ronds est impuissant à corriger le prolapsus ou les rétrodéviations adhérentes. L'opération d'Alquié-Alexander ne fournit des résultats certains et durables que dans le traitement des rétrodéviations non adhérentes ou facilement réductibles.

Encore un mot, et j'aurai terminé.

Pour que l'opération d'Alquié donne tous les résultats qu'on est en droit d'en attendre, je crois qu'il faut apporter un soin particulier à la fixation des ligaments aux piliers inguinaux, et parmi les

moyens assez nombreux qui ont été conseillés pour assurer cette fixation, l'un des meilleurs est assurément celui que Doléris a récemment préconisé. Il consiste à suturer ensemble les deux ligaments par un artifice opératoire que vous connaissez. La fixation que l'on obtient ainsi est certainement parfaite, et partant le procédé me semble très recommandable. Il m'a paru cependant qu'on pouvait arriver plus simplement au même résultat, et voici quel est l'artifice auquel j'ai donné la préférence :

Par une première suture à la soie phéniquée, je fixe le ligament rond dans l'angle supérieur de l'orifice inguinal. Cela fait, je pratique à la partie moyenne des deux piliers, près de leur bord libre et parallèlement à ce bord, une courte incision semblable à celle que Reverdin a conseillée pour faciliter la suture des piliers dans la cure radicale de la hernie inguinale. J'obtiens ainsi deux petites boutonnières dont je me sers pour nouer le ligament rond autour des piliers. Saisissant l'extrémité du ligament qui flotte au-dessous du point de suture dont je vous ai parlé tout à l'heure, je la fais successivement passer d'arrière en avant dans la boutonnière de l'un des piliers, puis d'avant en arrière dans la boutonnière de l'autre pilier, et finalement je la fais ressortir dans l'angle supérieur de l'orifice inguinal. Je forme ainsi un véritable nœud que je fixe avec une ou deux sutures et qui a le double avantage de rapprocher les piliers et de donner à la fixation du ligament une solidité très réelle. Je n'ai eu qu'à me louer de cette petite manœuvre, bien plus facile à exécuter qu'à décrire. M. Le Dentu m'a dit l'avoir employée avec succès, et je la crois digne de votre attention.

Communication.

Sur l'opération d'Alexander (raccourcissement des ligaments ronds).

PAR M. L.-G. RICHELOT.

Je ne voudrais pas juger l'opération d'Alexander d'après les deux seuls faits qui me sont personnels ; mais je puis toujours, en vous apportant ces deux faits, montrer comment ils justifient les réserves qui ont été formulées par plusieurs de nos collègues à propos de la communication de M. Schwartz.

I. — Ma première opérée est une femme de 37 ans, M^{me} S..., qui est entrée à l'hôpital Bichat le 23 septembre 1887. Elle était robuste et de bonne santé, mais se plaignait de violentes douleurs revenant par

crises à chaque époque menstruelle. A l'examen de l'utérus, on trouvait un col légèrement exulcéré, un peu de catarrhe, mais surtout une rétroflexion des plus accentuées ; le col regardait directement en bas, et le corps faisait saillie dans le cul-de-sac postérieur. L'utérus n'était pas enclavé, le doigt le refoulait de bas en haut ; s'il y avait des adhérences, elles n'étaient pas très serrées.

La malade venait de la campagne pour se faire opérer, car l'usage des pessaires ne lui avait donné aucun soulagement.

Je la soumis d'abord à la dilatation progressive avec les tiges de laminaire iodoformée, pensant obtenir par ce moyen une amélioration de l'endométrite et un peu de redressement. Je parvins à ouvrir peu à peu l'orifice interne ; les tiges pénétraient obliquement en arrière, en pressant sur la lèvre antérieure du col. Ayant fait ainsi une large dilatation, je laissai la malade au repos pendant huit jours ; elle souffrait un peu moins, et la flexion de l'utérus paraissait moins prononcée. Mais bientôt les symptômes reprirent de plus belle, et la malade, à bout de patience, demandait une intervention radicale. Je me décidai pour l'opération d'Alexander, qui fut faite le 14 octobre.

A droite, la découverte de l'anneau fut facile ; je pris en faisceau tout ce qui en sortait, puis je me mis en devoir d'isoler le ligament rond dans l'intérieur du trajet. Mais ce ligament était gras, huileux, formé de rares tractus dissociés par des pelotons adipeux ; malgré tous mes soins, il disparaissait sous le doigt et finit par se rompre sous la traction la plus faible, sans que la position de l'utérus eût été modifiée.

A gauche, le ligament dégagé avec beaucoup de précautions, je fis des tractions lentes, soutenues, et bientôt je m'arrêtai, parce que je le sentais s'amincir, s'effiler, menacer de se rompre à son tour. Pendant cette manœuvre, M. Hallé, interne du service, soulevait le fond de l'utérus avec un doigt placé dans le vagin ; mais ce doigt ne put sentir aucun mouvement imprimé à l'organe. Je suturai la peau, je plaçai un petit drain dans chacune des deux plaies, et la réunion se fit sans aucun incident.

J'avais complètement échoué ; néanmoins la malade retira un bénéfice réel de l'opération. Le 9 novembre, ses plaies étaient guéries depuis longtemps, et elle n'avait plus de crises douloureuses ; elle quitta l'hôpital, et nous écrivit en décembre qu'elle ne souffrait plus et se portait fort bien. Tellement que M. Hallé me disait : « N'est-ce pas l'*elongation* des ligaments qui a fait cesser les douleurs utérines ? »

En février 1888, M^{me} S... revint à Paris, et me dit que ses règles, absentes pendant deux mois après l'opération, avaient reparu, et les douleurs avec elles ; mais les douleurs d'aujourd'hui n'étaient pas à comparer à celles d'autrefois. Une certaine amélioration persistait ; seulement la malade, qui avait espéré mieux, commençait à se désoler. Je trouvai le col en bon état, et le corps de l'utérus modérément volumineux, occupant toujours le cul-de-sac postérieur. Je lui conseillai l'antipyrine contre ses douleurs, et lui fis entrevoir pour l'avenir une autre intervention.

Je l'ai perdue de vue depuis l'année dernière ; mais aujourd'hui même 27 mars 1889, elle est venue me voir, et je lui ai trouvé l'utérus en rétroversion ; elle souffre toujours un peu, se fatigue en marchant, mais elle a pris de l'embonpoint, et la vie, en somme, est tolérable.

Ma seconde observation est déjà dans nos Bulletins ; je vous l'ai communiquée l'année dernière dans la discussion sur la castration ovarienne appliquée au traitement des fibromes utérins. J'en reproduirai seulement les premières lignes, qui sont relatives à l'opération d'Alexander.

II. — M^{me} W... est une femme de 45 ans, qui depuis un an a des hémorrhagies abondantes et bimensuelles ; il y a dix mois, perte grave pendant quinze jours. Depuis cette époque, elle a maigri et perdu de ses forces ; elle a des maux de reins, des douleurs hypogastriques et des pertes blanches continuelles, sans fétidité. M. le docteur Gauthier (de Magny-en-Vexin) me l'adresse, en vue d'une intervention chirurgicale.

Entrée le 15 novembre 1887 à l'hôpital Bichat, je lui trouve un ventre souple et normal, sans tumeur apparente. Au toucher, le col est porté en avant, derrière la symphyse ; dans le cul-de-sac postérieur est une masse un peu volumineuse, médiocrement dure, indolente ; pendant que le doigt la refoule de bas en haut, le col revient à sa place. Après des examens réitérés, les caractères de la masse rétro-utérine me font admettre une simple rétroversion. Comme cette femme est cuisinière et ne peut guère se soigner, l'usage incertain d'un pessaire me paraît mal indiqué, et je me décide pour une intervention plus énergique, l'opération d'Alexander, qui est pratiquée le 14 décembre, avec l'aide de M. Hallé, interne du service. Les deux ligaments ronds sont trouvés sans encombre, dégagés de leurs adhérences, attirés au dehors de 5 centimètres environ, coupés et suturés à la peau. M. Hallé maintient l'utérus réduit pour faciliter les tractions ; après le raccourcissement et la suture, l'organe est redressé et semble en bonne position. Premier pansement au bout de huit jours ; la réunion est parfaite ; la malade reste au lit trois semaines pour consolider sa cicatrice, et sort le 7 janvier 1888 en très bon état, ne souffrant plus. La réduction s'est bien maintenue jusqu'ici ; au toucher, le col regarde en arrière, le cul-de-sac postérieur est effacé, et dans le cul-de-sac antérieur on trouve le corps utérin, qui paraît diminué de volume.

Nouvel examen le 18 avril. Depuis l'opération, elle n'a pas eu de pertes ; mais les douleurs sont revenues, la malade est faible et ne peut travailler. Elle est, de plus, dans un état nerveux très pénible. Au toucher, le col est en avant, derrière la symphyse, et le fond de l'utérus occupe de nouveau le cul-de-sac de Douglas. Ainsi, la rétroversion s'est produite, et le résultat de l'opération d'Alexander est absolument nul. Il y a, de plus, un notable accroissement de volume ; il semble que le poids d'une tumeur incluse dans la paroi ait entraîné l'utérus et triomphé de la résistance des ligaments ronds.

Je laisse de côté la suite de l'histoire : il s'agissait, en effet, d'un fibrome, et après un examen approfondi, je me décidai pour l'hystérectomie vaginale, qui eut des suites heureuses. Mais un point que j'ai omis de vous rappeler l'année dernière, c'est que le raccourcissement des ligaments ronds laissa après lui deux petites hernies inguinales, et cependant mes incisions avaient été restreintes et je n'avais fait aucun délabrement. Guérie depuis plusieurs semaines, la malade vint me montrer ses deux hernies qui la gênaient singulièrement ; un double bandage mit fin à ses misères.

Un partisan déclaré de l'opération d'Alexander ne trouverait pas dans mes deux faits de motifs suffisants pour l'abandonner. Néanmoins, il est assez important de constater que, dans le premier cas, elle s'est trouvée impossible, à cause de la constitution anatomique du ligament rond. C'est un fait assez rare, mais bien connu.

Il est curieux, d'autre part, de voir que la malade a été soulagée ; mais l'opération d'Alexander n'y est pour rien, puisqu'elle n'a pas été faite.

Dans la deuxième observation, nous voyons au contraire l'opération réussie, l'utérus redressé, la malade guérie en apparence ; mais, trois mois après, il n'en reste plus trace, la mauvaise position s'est reproduite avec les douleurs. Il est vrai qu'une tumeur fibreuse, qui, sans doute, existait au moment de l'opération, mais trop petite pour être aisément reconnue, semble avoir été, par son accroissement de volume, la cause de la récurrence. On dira que l'opération d'Alexander était mal indiquée dans l'espèce, mais qu'elle n'en est pas moins bonne dans les simples rétroversions. D'accord ; mais comment savoir si la rétroversion est absolument simple ? Ce qu'il faut reprocher à l'opération d'Alexander, c'est précisément d'être aveugle, et d'agir empiriquement contre une attitude vicieuse qui est loin d'être toujours la seule cause des symptômes. L'hystéropexie, qui lui fait en ce moment concurrence, me paraît, à ce dernier point de vue, très supérieure. L'incision abdominale, par laquelle on va chercher l'utérus pour le fixer à la paroi, est d'abord exploratrice ; elle permet de rompre des adhérences plus ou moins reconnues par le toucher ; de constater des lésions tubo-ovariennes et de les enlever, ce qui peut devenir l'opération principale, la fixation de l'utérus n'étant plus qu'un accessoire. Car nous connaissons tous des utérus mal tournés qui ne sont pas douloureux ; la déviation est moins grave par elle-même que par ses complications.

Pour me résumer, je dirai d'abord que l'opération d'Alexander :
1° peut échouer par la constitution défectueuse du ligament rond ;
2° peut amener à sa suite des hernies inguinales. Comme les

deux accidents sont rares, je passerais volontiers condamnation, si elle avait, d'autre part, des mérites incontestés. Voyons donc quels sont ses mérites :

1° Dans les *rétroversions adhérentes*, il n'en peut être question. Ceux qui l'ont tentée n'y reviendront plus.

2° Dans les *rétroversions mobiles*, c'est une opération peu grave, qui atteint son but immédiat et qui peut donner de bons résultats. Mais alors même l'avenir n'est pas assuré, car la déviation n'est qu'un élément dans les douleurs et les autres symptômes. M. Schwartz a bien dit qu'il fallait discerner les cas où elle peut être efficace ; mais comment faire ? Des lésions tubo-ovariennes, des fibromes encore jeunes peuvent rester inaperçus. La laparotomie, qui permet de voir et d'agir en connaissance de cause, qui même, soit à la fixation pure et simple de l'utérus, soit au traitement des annexes, offre ici de grands avantages.

3° Dans le *prolapsus utérin*, l'opération d'Alexander peut être indiquée toutes les fois qu'on juge utile de venir en aide, par un acte complémentaire, aux divers procédés de colporrhaphie. Mais ici, je tiens à dire que les opérations anaplastiques faites sur la paroi vaginale sont excellentes et suffisent d'ordinaire ; les résultats que j'ai obtenus, et que je ferai connaître, me l'ont démontré. Dans les cas de récurrence, et dans ceux où le relâchement des tissus est tel qu'une opération adjuvante paraît d'emblée nécessaire, l'opération d'Alexander peut être bonne ; mais la voici de nouveau en lutte avec l'hystéropexie. J'avoue que cette dernière me paraît être ici, au même titre que le raccourcissement des ligaments ronds, une opération adjuvante. Autant je l'adopte volontiers, comme satisfaisant aux indications, dans les rétrodéviations qui en valent la peine, autant je me retiens, *a priori*, de l'accepter comme traitement ordinaire du prolapsus. Il me semble qu'après une étude suffisante nous la réserverons, comme l'hystérectomie vaginale, pour les chutes compliquées ou rebelles à la colporrhaphie. Cela dit, remplacera-t-elle, ici encore, l'opération d'Alexander ? Peut-être ; car elle aura toujours un mérite de plus, celui de mettre à nu l'appareil utéro-ovarien et de favoriser le traitement des complications.

Présentation de pièces.

1° *Angiome de la langue chez une jeune fille de 22 ans.*

Par M. MARTEL (de Saint-Malo).

La tumeur qui existe depuis deux ans environ s'est accrue plus rapidement pendant les derniers mois. Elle siège du côté droit de la

langue, un peu en avant du tiers moyen, grosse comme une aveline aplatie, allongée d'avant en arrière, bien limitée, mais se confondant avec la muqueuse qui est adhérente, d'un bleu foncé, saine d'ailleurs, sans tendance à l'ulcération ni à l'hémorrhagie; elle est mobile et se laisse facilement isoler des couches profondes et du corps musculaire de la langue.

L'extirpation est pratiquée le 8 février 1889; une injection de 5 centigrammes de chlorure de cocaïne dans un gramme d'eau amène une ivresse qui ne se dissipe qu'après plusieurs heures, et une insensibilité locale telle que ni l'opération, ni le pansement ne provoquent de douleurs, et que la malade n'a aucune tendance à retirer la langue.

Trois fortes aiguilles passées facilement au-dessous de la tumeur, et un fil ciré retenu par leurs extrémités saillantes, servent à la fixation de l'organe et permettent, au besoin, de la pédiculiser et d'assurer ainsi l'hémostase.

Dissection facile; pas d'autre écoulement sanguin que celui qui est fourni par une grosse veine et arrêté par le pincement; les tissus saisis dans les mors sont enlevés au thermocautère.

Pas de ligature; suture au fil de soie; guérison rapide; un peu de suppuration limitée au point cautérisé.

La tumeur s'est affaissée après l'opération.

Quelques semaines plus tard, je constate que la langue a repris sa souplesse naturelle et sa forme normale, sauf une légère dépression au niveau de la cicatrice.

2° Tumeur sous-cutanée de l'aisselle droite chez une fillette de 10 ans, indolente, constatée seulement depuis six semaines et pouvant être attribuée à ce que l'enfant portait souvent des corps lourds sous ce bras.

Cette tumeur occupe toute la longueur de l'aisselle, ses dimensions sont de 11 centimètres environ transversalement et 5 d'avant en arrière, perceptible à l'œil, mais surtout au palper; elle se décompose en lobules nombreux, distincts, souples, élastiques, oblongs, de la grosseur d'un petit pois à celle d'une olive, réunis en une seule masse, très mobile sur les parties profondes, et fortement adhérente à la peau, qui est, à ce niveau, rouge, fissurée et semblant tendre à l'ulcération; les veines sous-cutanées sont développées.

Pas de glandes lymphatiques engorgées, ni dans l'aisselle droite, ni dans aucune autre partie du corps.

Malgré ses caractères objectifs, le néoplasme ne peut avoir son origine dans les ganglions, qui sont absents ou au moins rares et très peu nombreux en dehors de l'aponévrose. Il occupe absolument le même siège que les glandes sudoripares, si développées dans cette région.

L'extirpation est pratiquée le 6 septembre 1888, avec les précautions antiseptiques, dissection facile, l'aponévrose est intacte au fond de la large plaie, une seule veine est pincée temporairement, suture métallique, drainage, pansement de Lister, guérison rapide.

Les lobules élémentaires de la tumeur présentent à la section un tissu gris rosé, translucide, grumeleux ou mieux fibroïde.

Rétraction considérable dans l'alcool ; on voit alors que la peau, bien qu'adhérant intimement au tissu morbide, est intacte. Sa face profonde fournit à chaque noyau néoplasique une loge distincte, épaisse et fibreuse d'abord, mince et lamelleuse à leur extrémité profonde. Ils s'en laissent énucléer, mais assez difficilement vers la face profonde du derme. Je ne peux constater l'existence de conduits glandulaires qui en émaneraient.

Leur substance est devenue d'un blanc mat, elle est compacte, élastique, très résistante, à déchirure fibro-lamelleuse.

« Il s'agit de fibromes sous-cutanés, très riches en cellules plates et uniformes, avec des noyaux allongés qui font ressembler certaines de ces cellules à des fibres musculaires ; après double coloration des coupes au picro-carmin et à l'hématoxyline, je puis bien me rendre compte de la nature de ces éléments. Il s'agit de fibromes très riches en cellules, on pourrait presque dire fibro-sarcomes, car en certains points, principalement au voisinage des vaisseaux, les cellules l'emportent beaucoup sur les trames fasciculées. » (Balzer.)

S'agirait-il d'un de ces sarcomes des glandes de l'aisselle signalés par Spencer-Wells, d'après Virchow (*Semaine médicale*, 1889) ? Je serais porté à attribuer à cette tumeur une origine de ce genre. Mais il faut se rappeler que des recherches ultérieures ont contredit, en partie au moins, l'opinion qui rattachait aux glandes sudoripares certaines tumeurs de la peau, et que la pathologie de ces glandes présente de grandes obscurités.

Présentation de malade.

Fracture itérative de la rotule ; suture des fragments ; guérison,

Par M. E. KIRMISSON.

Dans la séance du 30 janvier dernier, j'ai présenté à la Société de Chirurgie un malade auquel j'avais pratiqué la suture de la rotule, et je me suis efforcé de préconiser ce mode de traitement pour les fractures itératives, vu la gravité du pronostic que comporte cette variété de fracture. Depuis lors, le hasard m'a fourni l'occasion de recueillir une seconde observation du même genre, et je présente aujourd'hui le malade guéri à la Société de Chirurgie.

Le 20 novembre dernier, le nommé C..., professeur de gymnastique, âgé de 30 ans, se fractura la rotule gauche en sautant. Il fut soigné dans un service de chirurgie où l'on tenta d'abord le rapprochement des fragments par la traction élastique, puis à l'aide des griffes de

M. Duplay. Ces dernières, ayant causé des douleurs et un peu de sup-puration, furent enlevées au bout de 15 jours, et le membre fut simplement immobilisé dans un appareil plâtré. Le malade guérit avec un écartement qui s'exagéra sous l'influence de la marche et atteignit bientôt un centimètre et demi. Dans la nuit du 6 au 7 février, au moment où ce jeune homme descendait de son lit, le cal se rompit, et, le 8, il entra à l'Hôtel-Dieu. A ce moment, le genou gauche était le siège d'un gonflement considérable. Il y avait entre les fragments de la rotule un écartement de 3 centimètres $1/2$ environ qui, dans la flexion, pouvait être porté à 6 centimètres. On ne sentait pas trace de parties fibreuses interposées entre les fragments. La peau, au-devant du genou, était immédiatement soulevée par l'épanchement articulaire. Il était évident que la bourse séreuse prérotulienne rompue permettait au liquide épanché de se mettre en contact avec la face profonde de la peau. Dans ces conditions, je proposai au malade la suture des fragments; celle-ci fut acceptée et pratiquée le 9 février.

L'articulation étant ouverte, nous pûmes constater une déchirure des tissus fibreux interposés aux fragments, permettant le contact de l'épanchement articulaire avec la face profonde de la peau. Le genou fut soigneusement débarrassé du liquide sanguinolent et des caillots qu'il renfermait en grande abondance, la surface de section des fragments fut avivée avec l'ostéotome de Macewen; puis les deux fragments furent réunis par deux points de suture au fil d'argent dont les extrémités furent sectionnées ras. Un drain fut placé au-devant de la rotule, et la plaie cutanée réunie par une suture au crin de Florence. Le membre pansé antiseptiquement à l'iodoforme fut immobilisé dans une gouttière plâtrée.

Les suites opératoires ont été des plus simples. Pas de douleurs, pas d'élévation de température: aucun suintement par le drain. Celui-ci fut supprimé au bout de quatre jours. Le onzième jour, les points de suture furent enlevés à leur tour. Enfin, le seizième jour, suppression de la gouttière plâtrée. Le malade commença à se lever le trente-deuxième jour.

Aujourd'hui, quarante-six jours après l'opération, le malade marche facilement, sans aucun soutien; il possède des mouvements de flexion assez étendus de l'articulation. Il a même un peu abusé de la marche; aussi sa rotule, dont la consolidation n'est pas encore parfaite, présente-t-elle un peu plus de mobilité que les jours précédents. Le malade devra garder le repos quelques jours, par précaution.

Discussion.

M. CHAMPIONNIÈRE. Le malade que vient de nous présenter M. Kirmisson offre un haut intérêt. Aucune méthode, aucun appareil n'eût donné un résultat aussi satisfaisant dans le cas actuel. Les fils persistants empêcheront tout écartement ultérieur. Ici, comme dans les autres faits que j'ai à ma connaissance, le rap-

prochement des fragments a offert des difficultés sérieuses. Il ne faut point oublier, donc, que ces difficultés sont d'autant plus considérables que la date de la fracture est plus éloignée.

Présentation.

M. RICHELOR présente un pansement destiné aux premiers soins à donner aux blessés militaires, sur lequel M. Chauvel se réserve de faire une communication.

La séance est levée à 5 heures 25 minutes.

Le Vice-Secrétaire annuel,
A.-H. MARCHAND.

Séance du 3 avril 1889.

Présidence de M. LE DENTU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

- 1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;
- 2° *De la résection du genou*, par le D^r JULES BECKEL ;
- 3° Une lettre de M^{me} veuve DONDEERS, annonçant la mort de M. le professeur DONDEERS (d'Utrecht), membre correspondant étranger, mort à l'âge de 70 ans ;
- 4° *L'apophyse sus-épitrochléenne de l'humérus au point de vue chirurgical*, par M. le professeur TESTUT (de Lyon). (M. Pozzi, rapporteur.)

Suite de la discussion sur le traitement des déviations utérines.

M. CHAMPIONNIÈRE. L'opération de l'hystéropexie me paraît supérieure à celle d'Alexander, surtout parce qu'elle permet d'explorer

le ventre et de s'assurer de la cause immédiate des douleurs. Certaines femmes souffrent avec un déplacement, et d'autres ne souffrent pas quoique l'utérus soit déplacé. Dans le premier cas, on trouve le plus souvent, pour expliquer les douleurs, des adhérences ou une altération des annexes. Quant on fait la laparotomie, on peut répondre à ces diverses indications.

J'ai pu une fois me contenter de relever l'utérus et de le fixer sans avoir besoin d'enlever les annexes. Chez cette malade, les douleurs sont revenues, il est vrai, à la cinquième époque menstruelle, mais moins fortes qu'auparavant. Sur une autre femme, j'ai dû enlever les ovaires. L'opération d'Alexander aurait sûrement échoué. Le pessaire que M. Bouilly a préconisé, et dont Hervez de Chégoin avait tant abusé, me paraît d'une efficacité douteuse.

M. TERRIER. Je n'ai pas fait l'opération d'Alexander; M. Richelot, qui m'a remplacé dans mon service, l'a faite, mais sans grands résultats. Il faut noter que la rétroversion ne se complique généralement de symptômes douloureux que lorsqu'il y a, en même temps, de la métrite; dans ces cas-là, je suis allé au plus pressé. J'ai fait la dilatation de la cavité utérine, qui a déjà pour effet de redresser l'organe; j'ai ensuite fait le grattage, et les malades, étant guéries de leur métrite, ont conservé leur rétroversion sans souffrir. Je me suis gardé de conseiller les pessaires, pour lesquels j'ai une horreur instinctive.

Je crois que l'opération d'Alexander sera très exceptionnellement utile et ne réussira seule que s'il n'y a ni métrite ni altération des annexes.

Dans la rétro-déviatiou avec adhérences, je ne partage pas la manière de voir de M. Trélat. Je n'ai jamais compris pourquoi la simple déviation pourrait amener des adhérences; il doit y avoir toujours inoculation par l'intermédiaire de la muqueuse des trompes ou par la lymphatique. La pelvi-péritonite peut alors être simplement adhésive et se faire insensiblement. Dans ces cas-là, je suis absolument opposé à l'opération d'Alexander, même quand on a soi-disant mobilisé l'utérus. Je ne crois pas à cette mobilisation par des manœuvres autres que celles qui suivent la laparotomie. Celle-ci me paraît alors indiquée; on fera l'ablation des annexes d'un seul côté si on les trouve malades seulement d'un côté; s'ils sont assez sains, on se bornera à détruire les adhérences.

Je repousse donc l'opération d'Alexander pour lui préférer l'hystéropexie.

J'ai rapporté à la Société trois cas d'hystéropexie; j'en ai un quatrième à publier. Le premier a été publié dans le *Bulletin*; j'avais

enlevé les deux trompes et les ovaires; la femme, qui avait des douleurs intenses, est retournée dans son pays parfaitement bien portante. Le 29 janvier, cette femme vit ses règles revenir. A partir de ce moment, elle a été reprise de douleurs très vives dans les reins, les aines et les cuisses; l'utérus était resté en antéversion. Le 14 février, même état. Son médecin d'Auxerre me l'adressa, et elle entra dans mon service le 26 février. Les douleurs revenaient par accès, le matin. Je fis préparer ostensiblement tout ce qu'il fallait pour l'hystérectomie, et je lui plaçai tout simplement trois pinces à pression sur le col. Dès l'opération faite, elle n'a plus souffert. Elle n'a pas eu ses règles en dehors de la seule apparition que j'ai signalée.

M. TERRILLON. J'ai fait cinq fois l'opération d'Alexander; j'avais choisi des cas simples de rétro-déviations sans symptômes apparents de métrite.

Dans les trois premiers, l'utérus était mobile, réductible par la position genu-pectorale. J'ai eu alors des succès. J'ai tiré les ligaments ronds de 4 à 5 centimètres. Dans les deux autres cas, j'ai échoué. La première femme avait un utérus qui n'était pas réductible, mais en arrière duquel existait une tuméfaction, soit fibrome, soit épaissement. L'utérus s'est replacé en arrière au bout de trois mois. Dans le deuxième cas, l'insuccès n'a été apparent qu'au bout de six mois.

Ma conclusion est que l'opération d'Alexander est une bonne opération dans les cas simples, facilement réductibles; mais je crois que dès qu'il y a la moindre trace d'adhérences postérieures et que la position genu-pectorale n'amène pas la réduction, la récurrence se produirait facilement, et l'on ne doit pas opérer. Bien entendu, s'il y a métrite, on doit d'abord la traiter.

M. TRÉLAT. J'ai, dans mes leçons publiées dans la *Semaine médicale*, cherché à poser nettement les indications de l'opération d'Alexander. Dans les rétroflexions *adhérentes*, c'est moi qui ai d'abord professé que l'Alexander n'était pas indiqué; mais dans les rétroflexions *mobiles*, rien n'est supérieur à l'opération d'Alexander. Lorsqu'une de ces opérations est suivie d'insuccès, c'est généralement qu'il y avait, du côté du péritoine ou des trompes, des lésions méconnues.

Quant à l'hystéropexie, je crois que dans les rétroflexions *adhérentes*, elle peut avoir sa raison d'être; mais je n'ai pas d'expérience personnelle.

Je me sépare de M. Terrier en ce que, dans ce qu'on a appelé les *petites rétroflexions*, il s'en tient au traitement de la métrite; or, je crois l'Alexander utile dans ces rétroflexions *mobiles*.

M. TERRIER. Le seul processus que M. Trélat ait indiqué pour la formation des adhérences de l'utérus ou des annexes en arrière est l'existence de la déviation elle-même. Pour moi, il faut aussi que ces annexes soient malades, et c'est pour cela que je repousse l'Alexander et que je préfère la laparotomie. Quand les femmes souffrent, c'est, ou bien qu'il existe de l'inflammation des organes génitaux, ou que la femme est très nerveuse, mais non parce que l'utérus est dévié. Je crois, du reste, que la *rétroversion* est relativement peu importante, tandis que la *rétroflexion* est une maladie spéciale difficile à guérir. Ce point mérite de nouvelles études.

M. TRÉLAT. Quand une femme jeune a une rétroflexion et qu'avec cela elle a des annexes plus ou moins sensibles dans le cul-de-sac de Douglas, il faut se hâter, après avoir traité et guéri la métrite, de faire l'opération d'Alexander pour relever les annexes et empêcher la formation d'adhérences invincibles. C'est donc une question d'époque, pour l'intervention opératoire, qui me sépare de M. Terrier.

Je crois qu'à un certain moment, même avec une salpingite commençante, l'Alexander peut suffire et éviter à la malade les dangers d'une laparotomie qui, si l'on temporise, deviendra plus tard nécessaire.

Rapport.

Kyste hydatique de la rate, guéri à la suite d'une ponction capillaire pratiquée avec la seringue de Pravaz. — Kyste hydatique suppuré du foie guéri par l'incision large en un seul temps. [Observations communiquées par le D^r LEPREVOST (du Havre), chirurgien de l'hospice général du Havre.]

Rapport par M. P. SEGOND.

Le D^r Leprevost (du Havre) vous a communiqué une observation de kyste hydatique de la rate guéri par une ponction capillaire faite avec la seringue de Pravaz, et une observation de kyste suppuré du foie, dont la guérison rapide a été obtenue par l'incision large en un seul temps. Ces deux faits, d'ordre très différent, au double point de vue de la localisation kystique et du traitement adopté, ne sont pas moins susceptibles d'être rapprochés avec profit, et leur publication emprunte un intérêt non douteux aux discussions que suscite encore le choix de l'intervention dans les cas de ce genre.

La première observation de M. Leprevost (kyste hydatique de la rate) peut se résumer de la manière suivante : Une femme de 26 ans vient consulter M. Leprevost en janvier 1887, pour lui demander la guérison d'une tumeur de l'hypochondre gauche dont elle fait remonter le début à 1884, et qui s'accompagne, depuis quelques semaines, de phénomènes douloureux assez pénibles. Cette tumeur, située sous les fausses côtes gauches, les déborde de quatre travers de doigt environ. Elle s'est développée graduellement, sans aucune réaction locale et sans retentissement sur l'état général. Sa régularité, sa consistance et son siège font penser à M. Leprevost qu'il s'agit d'un kyste hydatique de la rate. Pour confirmer ce diagnostic, notre confrère pratique une ponction avec la seringue de Pravaz et retire un centimètre cube de liquide caractéristique. Aucune réaction locale ou générale ne suit cette petite manœuvre, et, douze jours après, M. Leprevost, se proposant, cette fois, d'obtenir l'évacuation complète du kyste, ponctionne avec la fine aiguille de l'aspirateur Potain. Cette deuxième ponction reste blanche; mais, en revanche, elle est le point de départ d'une réaction inflammatoire locale caractérisée par une élévation notable de la température avec douleurs vives, inappétence, insomnie, etc. Sous l'influence d'un traitement approprié, tout rentre dans l'ordre au bout de huit à dix jours. A partir de ce moment, la tuméfaction de la région diminue de jour en jour, et quelques mois après (septembre 1888) il ne reste plus trace apparente de la tumeur. La malade, nous dit M. Leprevost, « se considère comme parfaitement guérie. L'examen de la rate ne révèle rien d'anormal et la tumeur a disparu. »

Dans les réflexions qui suivent cette observation, M. Leprevost n'hésite pas à considérer la guérison de sa malade comme le résultat de la première ponction. Ne sachant trop comment interpréter ce résultat inespéré et ne trouvant mention d'aucun autre fait semblable dans l'histoire des kystes spléniques, M. Leprevost pense qu'on peut assimiler son observation à ces quelques exemples de kystes hydatiques dont Braine a parlé dans sa thèse inaugurale (*Thèse* 1886) et qui paraissent avoir guéri dans des conditions analogues, c'est-à-dire après évacuation de quelques grammes de leur contenu. Je ne voudrais pas discuter ici les faits de cet ordre, je ne puis cependant m'empêcher de rappeler tous les doutes que doivent inspirer ces prétendues guérisons. Lorsque l'on réfléchit à la marche habituelle des kystes du foie, aux surprises qu'ils nous réservent, au caractère insidieux de leurs complications, à la lenteur de leur évolution, on devient singulièrement réservé dans ses pronostics, et l'observation très prolongée des malades apparaît en fin de compte comme le seul moyen d'apprécier la validité de leur

guérison. Or, cette observation prolongée fait presque toujours défaut, et toutes les guérisons dont on nous parle comme d'un résultat positif à la suite d'une soustraction de quelques grammes de liquide ne sont en aucune manière démontrées. Je n'ai pas, à vrai dire, les documents voulus pour nier que certains kystes puissent guérir dans ces conditions. Il se peut que leur absence de fertilité ou leur structure spéciale soit, comme l'ont avancé Leudet et Lepinc (sixième Congrès pour l'avancement des sciences), la condition de leur curabilité presque miraculeuse. Mais je crois qu'il y a tout avantage, en pratique, à oublier les faits de cet ordre et même à les négliger de parti pris.

Je m'empresse d'ajouter qu'il ne faut pas confondre la pratique précédente avec la méthode que certains médecins prônent beaucoup depuis la communication de M. Debove à la Société médicale des hôpitaux (12 octobre 1888), et qui consiste à remplacer le centimètre cube de liquide kystique soustrait à l'aide d'une seringue de Pravaz par une égale quantité de solution de sublimé ou de tout autre liquide susceptible de tuer les hydatides. L'avenir prononcera sur la valeur de cette méthode, qui semble jusqu'ici rationnelle et qu'il est juste de mettre à l'épreuve. L'important, c'est de ne pas en généraliser l'emploi sans discernement, de surveiller longtemps ses malades et de recourir, en temps opportun, au traitement chirurgical.

Mais j'en reviens à l'observation de M. Leprevost. Est-il juste d'accepter l'interprétation de notre confrère et d'attribuer le succès obtenu à la ponction aspiratrice faite au début à l'aide d'une seringue de Pravaz? En aucune manière; le véritable agent de cette cure, c'est la réaction inflammatoire provoquée involontairement par la deuxième ponction, par celle qui est restée blanche. Dans ces conditions, le fait communiqué par M. Leprevost conserve sans doute son intérêt clinique, c'est un exemple curieux et rare de guérison par inflammation accidentelle; mais c'est tout ce que l'on peut dire, et ce serait une grave erreur que de lui accorder une autre portée, en le mettant à l'actif de la ponction aspiratrice dans le traitement des kystes hydatiques de la rate.

La deuxième observation communiquée par M. Leprevost est un nouvel exemple des bienfaits de l'incision large dans le traitement des kystes hydatiques du foie. Certes, les avantages de ce mode d'intervention ne sont plus à démontrer; mais le fait observé par notre confrère n'en constitue pas moins un document précieux. La malade était cette fois une femme de 46 ans. Le diagnostic de kyste hydatique suppuré du foie présentait certaines difficultés. La tuméfaction hépatique s'accompagnait en effet de crises douloureuses très vives et périodiques s'irradiant vers l'épaule droite. Il y avait

en outre de la décoloration fréquente des selles et une teinte sub-ictérique des téguments. Si bien que l'ensemble symptomatique pouvait en imposer et faire croire à des accidents de lithiase bilieuse. M. Leprevost n'a pas tardé à reconnaître l'inexactitude de ce premier diagnostic. Après un examen attentif, il a constaté tous les signes d'une collection liquide intra-hépatique débordant de quatre travers de doigt le rebord des fausses côtes droites. Une ponction exploratrice faite à l'aide d'une seringue de Pravaz lui démontre qu'il s'agissait d'une poche purulente, et ce point une fois acquis, il a procédé, sans plus tarder, à l'ouverture large du foyer.

Voici les temps successifs de cette opération pratiquée le 8 août 1887. Une incision de 10 centimètres parallèle au rebord des fausses côtes découvre la face antérieure du foie et du kyste qui y est inclus. Il n'y a pas d'adhérences. Avant d'ouvrir le kyste, M. Leprevost cherche à le fixer à la paroi abdominale par un point de suture, mais cette tentative reste infructueuse, le tissu se déchire et, pour éviter l'effusion du pus dans le péritoine, on est obligé d'insinuer rapidement une rangée de tampons d'ouate entre la face antérieure du kyste et la lèvre inférieure de la plaie abdominale. Tout accès dans la cavité péritonéale étant ainsi défendu, le contenu du kyste est évacué par ponction d'abord, puis par incision. Deux litres de pus et une grande quantité de vésicules sont retirés; puis, la poche ayant été largement irriguée, les lèvres de l'incision sont fixées par dix points de suture métallique aux lèvres de l'incision cutanée. Drainage et pansement. Un mois après, la malade était debout, vaquant librement aux soins du ménage, et sa plaie était presque entièrement cicatrisée. J'ajoute que M. Leprevost a revu son opérée en avril 1888. Elle était en parfait état et la cicatrisation ne laissait rien à désirer. Cette observation est, vous le voyez, fort nette, et, bien qu'elle soit trop classique pour comporter de longs commentaires, je désire cependant insister un instant sur les indications qui ont guidé M. Leprevost et sur le procédé opératoire qu'il a choisi.

La conduite suivie par M. Leprevost est en tous points conforme aux règles que nous avons presque tous adoptées dans le traitement des kystes du foie, et le succès obtenu par notre confrère serait au besoin la meilleure justification de son intervention; mais il s'agit là d'une démonstration qui n'est plus à faire. Le kyste était suppuré, et, dans ces conditions, je n'admets pas qu'on puisse dénier à l'incision large et directe son incontestable supériorité sur toutes les autres méthodes de traitement. Les plus ardents défenseurs de la ponction aspiratrice ne sauraient eux-mêmes y contredire. Du reste il faut, à mon avis, le dire très hautement, tous les efforts qui sont actuellement tentés pour généraliser l'emploi des

ponctions aspiratrices, plus ou moins perfectionnées, et restreindre d'autant les indications de l'intervention chirurgicale proprement dite ne me semblent pas jusqu'ici de nature à modifier notre manière de juger cette question de pratique.

En effet, parmi ceux d'entre nous qui défendent les avantages de l'incision dans le traitement des kystes du foie, personne ne conteste qu'il faille d'abord recourir à la ponction aspiratrice. Cette ponction assure le diagnostic, et nous reconnaissons qu'elle peut amener la guérison, lorsque le kyste n'est pas suppuré. Mais, et c'est ici que nous nous séparons résolument des adeptes de la ponction quand même, nous estimons qu'il ne convient pas de répéter indéfiniment cette manœuvre. Bien des kystes ponctionnés et réputés guéris ne continuent pas moins leur évolution en créant souvent des désordres irréparables. Nombre d'observations en témoignent, et j'en ai moi-même donné un exemple au dernier Congrès de chirurgie (Obs. I de ma communication). Dans ces conditions, les dangers de la trop grande temporisation ne sont pas discutables. Ce qu'il faut, c'est opérer de bonne heure, sans perdre son temps à poursuivre les bénéfices illusoire des ponctions successives, et surtout sans attendre que l'évolution du mal ne conduise à des désordres viscéraux incurables et trop souvent mortels. Telle est notre doctrine, et, je le répète, toutes les revendications récemment faites en faveur du traitement médical des kystes du foie ne sauraient la modifier.

Notez bien que je ne voudrais en aucune manière contester les avantages possibles des nouveaux procédés conseillés pour la cure des kystes hydatiques (ponctions partielles ou totales, injections ou lavages avec des liquides destinés à tuer les hydatides). Non pas que ces derniers procédés aient toujours la simplicité et la bénignité dont on se plaît à les doter. Pour ma part, j'avoue que mes appréhensions sont toujours grandes lorsqu'il faut procéder aux divers temps de ces interventions dites médicales et qui, pour être fort simples en apparence, n'en sont pas moins entourées de difficultés et de dangers. Hier matin, j'en faisais encore l'expérience à propos d'une malade dont j'aurai sans doute à vous reparler. Il s'agit d'une femme de 45 ans atteinte d'un volumineux kyste hydatique du foie non suppuré développé dans la partie antéro-supérieure de l'organe et débordant le rebord costal dans l'étendue de 5 travers de doigts. J'ai ponctionné ce kyste et j'en ai retiré 1,500 grammes de liquide eau de roche que j'ai remplacé par 720 grammes d'eau naphtolée à 0,40 par litre, additionnée de 0,06 centigrammes de biiodure et d'une quantité égale d'iodure de potassium (cette formule a été, vous le savez, conseillée par M. Bouchard, *Progrès méd.*, 1889, p. 171). Cela fait, j'ai retiré le

liquide injecté, et cette dernière évacuation, plusieurs fois interrompue par l'obstruction de la canule, m'a donné 960 grammes de liquide, ce qui, soit dit en passant, prouve que ma première évacuation avait été incomplète.

Quel sera le résultat de cette ponction évacuatrice ? je ne puis encore le prévoir et, si je vous ai cité ce fait dès aujourd'hui, c'est uniquement pour donner un exemple des difficultés qu'on rencontre dans les interventions de cette nature. Il m'a fallu bel et bien deux heures pour terminer l'évacuation. A tout instant, l'écoulement du liquide était interrompu par l'obstruction de la canule, et plus d'une fois j'ai eu la crainte de ne pouvoir retirer la totalité de la solution injectée. Tout cela est-il négligeable ? je ne le crois pas, et je ne crains pas de déclarer que, le trocart à la main, je n'ai jamais cette quiétude absolue que donnaient toujours les interventions franches et vraiment chirurgicales. Mais c'est assez insister ; je parle à des convertis, et ce n'est pas ici le lieu d'énumérer les inconvénients possibles des ponctions ou toutes les précautions qu'elles exigent pour être vraiment bénignes. En fait, lorsqu'une ponction avec injection consécutive de liquide est bien conduite, elle reste un mode d'intervention très recommandable auquel nous reconnaissons qu'il est indispensable de recourir ; mais, encore une fois, c'est à la condition formelle qu'on surveillera ses malades et qu'on aura recours, en temps opportun, au traitement chirurgical proprement dit.

Il faut, en dernier lieu, bien savoir que le traitement médical par ponction suivie d'injection ne doit pas être indifféremment appliqué à tous les cas. Il m'a paru qu'on pouvait, à cet égard, diviser en trois groupes principaux les kystes qui réclament notre intervention : Les uns contiennent beaucoup de liquide et peu de vésicules. C'est contre eux qu'on doit surtout employer les divers modes de ponction récemment préconisés, et je crois bien que c'est dans ces cas-là seulement qu'on aura des succès. D'autres sont au contraire bourrés de vésicules petites et grandes. Ici, l'évacuation complète par ponction aspiratrice devient un labeur des plus arides, et j'estime qu'on doit y renoncer. Peut-être la ponction par la seringue de Pravaz, avec injection consécutive d'une petite quantité de sublimé, trouverait-elle ici son application ? mais, jusqu'à plus ample informé, contre les kystes de cette nature l'incision large reste encore le procédé le plus sûr. Le troisième et dernier groupe comprend les kystes suppurés. Ici, pas d'hésitation possible, l'évacuation totale du foyer par incision est le seul procédé raisonnable. Je sais bien que les variétés infimes de la clinique ne se prêtent guère aux règles absolues, mais je crois que cette division des kystes en trois groupes a sa raison d'être. Mon ami M. Potherat

a bien voulu l'adopter dans sa récente thèse inaugurale, et je crois qu'elle répond bien aux principales éventualités que nous rencontrons en pratique. J'ajouterai que ces quelques réflexions s'appliquent, à mon avis, aussi bien au traitement des kystes du foie qu'à celui des kystes de la rate.

Il me reste maintenant à revenir en peu de mots sur le procédé opératoire adopté par M. Leprevost. Notre confrère a opéré en un seul temps, et je crois qu'il a fort bien agi. A la rigueur, je veux bien admettre qu'on préfère l'opération en deux temps, lorsqu'il s'agit d'un kyste non suppuré ; mais, dans le cas inverse, la nécessité de réaliser une évacuation rapide et complète de la poche ne me semble pas discutable. Du reste, alors même que les kystes ne sont pas suppurés, l'incision en deux temps est-elle réellement avantageuse ? Je ne le pense pas. J'estime au contraire que la supériorité de l'incision en un seul temps n'est pas douteuse toutes les fois qu'il s'agit d'évacuer un kyste du foie ou toute autre cavité viscérale similaire, et cela, pour cette double raison que l'incision en un seul temps est tout aussi bénigne que sa rivale et qu'elle possède en outre tous les avantages d'une intervention rapide et complète. Je n'ignore pas que l'incision en deux temps conserve encore un certain nombre de défenseurs, mais j'avoue que la portée de leurs arguments m'échappe.

Entre autres preuves, je pourrais citer l'observation que M. Heydenreich a récemment publiée pour démontrer les avantages de l'incision en deux temps (*Semaine méd.*, 1889, p. 81). Il s'agit d'un enfant de 8 ans atteint de kyste hydatique du foie. Le 26 novembre il subit une première *intervention* sous le chloroforme. La paroi abdominale est incisée jusqu'au kyste. Dix jours après, le 5 décembre, deuxième chloroformisation, *deuxième intervention*. Les adhérences ne sont point encore suffisantes, et cette deuxième opération n'a d'autre résultat que de donner le lendemain soir une élévation thermique de 39°,6. Enfin, le 10 décembre, troisième chloroformisation, *troisième intervention*. Cette fois, les adhérences sont solides, le kyste est évacué, et le 4 mars la guérison est complète.

Comment M. Heydenreich peut-il trouver dans ce fait des arguments favorables à l'incision en deux temps, c'est ce que je ne puis comprendre, et pour mon compte l'observation publiée par notre collègue me semble au contraire parler très hautement en faveur de l'incision en un seul temps. M. Heydenreich a dû s'y reprendre à trois fois pour obtenir la guérison de son jeune malade. Où sont les avantages de cette manière de faire ? Je ne le vois pas ; l'incision en un seul temps lui aurait donné bien plus vite et bien mieux le même résultat ? On peut même ajouter

qu'elle eût été, dans le cas particulier, *trois fois* moins grave que l'incision en deux temps.

Au cours de son intervention, M. Leprevost a rencontré certaines difficultés qui méritent d'être relevées. La friabilité du kyste, sa mobilité derrière la paroi abdominale et l'espèce de va-et-vient que lui imprimaient les mouvements respiratoires n'ont pas permis de fixer le kyste avant de le vider. Aussi, pour mener à bien son intervention, M. Leprevost a-t-il dû suivre une marche inverse et procéder à la fixation après évacuation totale. Je note ce détail, parce qu'on doit, à mon avis, toujours adopter cette dernière manière de faire. Elle est très simple d'exécution et permet d'éviter sûrement l'effusion du contenu kystique dans la cavité abdominale.

Quant au résultat définitif obtenu par M. Leprevost, je n'y reviens pas. La guérison de sa malade est parfaite et la cicatrisation irréprochable. Ce dernier détail a cependant son importance, car la survie possible d'un trajet fistuleux plus ou moins rebelle est le seul point noir du traitement des kystes par incision. Cette fistulisation prolongée est notée dans un certain nombre d'observations ; mais je m'empresse d'ajouter que cet inconvénient de la méthode ne saurait diminuer sa valeur. En tout cas, s'il était invoqué par les partisans trop convaincus du traitement par ponction, il serait aisé de leur répondre qu'un trajet fistuleux est un bien mince inconvénient lorsqu'on le compare aux graves désordres qui se dissimulent trop souvent derrière les succès apparents du traitement dit médical des kystes hépatiques.

En terminant ce rapport, je vous propose d'adresser nos remerciements à M. Leprevost et de déposer ses deux observations dans nos archives. J'espère qu'elles seront un précieux appoint pour la prochaine candidature de notre confrère au titre de membre correspondant.

Discussion.

M. TERRILLON. J'appuie les conclusions de M. Segond. J'ai vu trois kystes disparaître après simple ponction. Dans trois autres, il y a eu reproduction de liquide ; dans un de ces derniers cas, après avoir vidé la poche, j'ai injecté 100 grammes de liqueur de van Swieten, que j'ai pu retirer en entier, après l'avoir laissé séjourner cinq minutes. Chez un autre malade, j'ai injecté 50 centimètres cubes de même liquide, dont j'ai pu retirer 40. Des accidents inflammatoires ont amené la mortification de la poche et une large incision a donné issue à de nombreuses vésicules. La ponction n'est donc pas toujours efficace, et quand l'intervention chirurgicale paraît indiquée il ne faut point la différer.

M. TERRIER. Il est très difficile de déterminer à l'avance quels sont les kystes sur lesquels réussira le traitement par la ponction, et ceux pour lesquels l'incision ne pourra être évitée. Quoi qu'il en soit, il ne faut pas oublier que la ponction nécessite des précautions antiseptiques minutieuses afin d'éviter la suppuration. En outre, on ne peut jamais affirmer, après le succès apparent de la ponction, que la guérison sera définitive. Pour les kystes hydatiques de la rate, je ne crois pas que la ponction soit aussi grave que Bouley et Casanova l'ont prétendu; les accidents observés sont dus sans doute à une antisepsie insuffisante.

M. L.-CHAMPIONNIÈRE. On ne saurait appliquer le même traitement à tous les kystes hydatiques. La laparotomie a le grand avantage de permettre de renseigner sur ce qu'on a à faire. L'opération de Volkmann, ou en deux temps, ne mérite pas d'être entièrement rejetée; elle peut avoir des indications spéciales. Chez un malade, je m'en suis bien trouvé; il y avait dans ce cas une couche de tissu hépatique au-devant du kyste. Pour provoquer des adhérences, il vaut mieux se servir de gaze au chlorure de zinc que de gaze iodoformée. Quant à l'efficacité de la ponction et du lavage, je me déclare encore un peu sceptique ou plutôt expectant. Qu'on se souvienne des illusions analogues relativement à la cure des kystes parovariens!

A propos du traitement des kystes du foie, il y aurait à reprendre la question des fistules consécutives, mais cela nous entraînerait trop loin.

Communication.

Suture primitive et suture secondaire de l'urèthre et du périnée à la suite de l'uréthrotomie externe,

Par M. E. KIRMISSON.

La question de la suture de l'urèthre et du périnée, soit à la suite des ruptures du canal, soit à la suite de l'uréthrotomie externe, a été, à diverses reprises, agitée devant vous, à propos des observations fort intéressantes de MM. Lucas-Championnière, Terrier et Le Dentu¹.

Mais les faits de cette nature sont encore assez peu nombreux pour qu'il soit utile que chacun de nous fasse connaître les résul-

¹ LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 24 juin 1885. — TERRIER, *ibid.*, 27 octobre 1886. — LE DENTU; *ibid.*, 3 novembre 1886.

tats qui lui ont été fournis par une semblable intervention. J'ai donc cru bien faire en vous apportant les trois observations suivantes, que j'ai pu recueillir pendant les vacances dernières, alors que je remplaçais à l'hôpital Necker les professeurs Guyon et Le Fort.

OBS. I. — *Rétrécissement blennorrhagique de l'urèthre; calculs de l'urèthre. Uréthrotomie externe; extirpation de sept calculs logés dans la région bulbaire; suture primitive de l'urèthre; guérison.*

Ma première observation a trait à un homme de 54 ans, entré le 6 septembre dernier à l'hôpital Necker, dans le service du professeur Guyon. Cet homme a eu deux blennorrhagies, l'une à l'âge de 26 ans, la seconde à 32 ans. Six mois après cette dernière, se sont montrés les premiers symptômes d'un rétrécissement uréthral. Au bout de huit mois, le malade n'urinait plus que goutte à goutte. Enfin, quinze mois plus tard, il fut pris d'une rétention d'urine à la suite d'excès de boissons. C'est alors qu'il fut soumis pour la première fois à la dilatation, que lui pratiqua M. Duménil (de Rouen).

Depuis cette époque jusqu'au mois d'août dernier, il n'a pas subi de traitement méthodique. De temps en temps il avait des crises de rétention qui disparaissaient sous l'influence des bains et du cathétérisme, que le malade lui-même pratiquait.

Depuis six ans déjà, la sonde permettait de constater l'existence de concrétions calcaires dans l'intérieur de l'urèthre; enfin, il y a six mois, le malade a commencé à uriner du sang en dehors du cathétérisme. Exagérées par la fatigue, les hématuries sont, en général, peu abondantes, ne se montrant que pendant un petit nombre de mictions, ou seulement même pendant une partie de chaque miction. Il existe des irradiations douloureuses dans la verge et dans les testicules pendant la miction. Les urines sont troubles, chargées de pus, excessivement fétides. Il y a un mois, la dilatation a été entreprise sans résultat; aussi le malade s'est-il décidé à entrer à l'hôpital.

L'examen de l'urèthre fait constater dans la région bulbaire l'existence d'un rétrécissement qui arrête tous les explorateurs à boule olivaire. Une bougie filiforme peut seule être introduite dans la vessie; elle permet de constater un frottement rugueux dû à la présence des calculs, et détermine par son passage un suintement sanguin assez marqué. La région périnéale de l'urèthre forme une saillie bombée au dehors; les pressions exercées en ce point déterminent un bruit de crépitation dû à la collision des calculs. La bougie filiforme laissée en place est parfaitement tolérée; elle ne détermine point d'accidents fébriles, mais n'amène aucune dilatation.

Le 27 septembre, je pratiquai l'uréthrotomie externe, dans le but d'extraire les calculs uréthraux et de sectionner en même temps le rétrécissement. Le malade étant endormi, un conducteur métallique est introduit jusque sur l'obstacle uréthral; une incision de 6 à 7 centimètres de longueur est pratiquée sur la ligne médiane du périnée.

Après la section du muscle bulbo-caverneux et du bulbe, qui fournit une assez grande quantité de sang, l'urèthre lui-même est incisé dans l'étendue d'un centimètre et demi environ. Un fil passé dans chacune des lèvres de l'incision uréthrale permet de les tendre et donne un accès facile dans l'intérieur du canal. Je puis ainsi extraire du bout postérieur de l'urèthre, à l'aide d'une pince, 7 calculs, dont 5 ont environ le volume d'une noisette; les deux derniers, beaucoup plus petits, ne dépassent pas la grosseur d'un petit pois. Une sonde en gomme est alors aisément conduite dans le bout postérieur, et, de là, dans la vessie. Je pratique ensuite, à l'aide de l'uréthrotome de Civiale introduit dans le bout antérieur, la section du rétrécissement représenté par une mince bride.

L'opération est terminée par le passage de la sonde, qui, du bout postérieur, est ramenée d'arrière en avant dans le bout antérieur, et laissée à demeure.

Dans le but d'obtenir la réunion immédiate de la plaie uréthrale, je pratique sur l'urèthre et le périnée une suture à étages de la façon suivante : six points de suture au catgut fin réunissent les lèvres de la plaie uréthrale. Un second plan réunit par quatre points de suture le bulbe et le muscle bulbo-caverneux. Enfin un troisième plan de suture au crin de Florence est placé sur la peau; entre les deux derniers étages de sutures, est interposé un petit drain.

Les suites opératoires ont été assez simples. Cependant, dans la journée qui a suivi l'opération, le malade a souillé son pansement en allant à la selle. C'est à cette circonstance qu'il faut sans doute attribuer la suppuration qui s'est montrée du côté de la peau. Mais les sutures profondes ont parfaitement tenu en place.

Le 10 octobre, la sonde à demeure est changée pour la première fois; elle l'est de nouveau le 16; le 22 octobre, on la supprime. Le malade urine aisément par la verge. Le 30 octobre, la réunion de la plaie cutanée qui avait légèrement suppuré est complète, et le malade quitte l'hôpital dans les premiers jours de novembre, complètement guéri, sans que jamais une seule goutte d'urine ait passé à travers le périnée.

Le 4 janvier dernier, j'ai reçu des nouvelles de ce malade m'annonçant que sa guérison est pleinement confirmée.

En résumé, voilà un fait dans lequel la suture immédiate de l'urèthre et du périnée, à la suite de l'uréthrotomie externe, a fourni un succès complet et rapide, puisque, six semaines après l'opération, le malade a pu quitter l'hôpital, et que, depuis lors, la guérison ne s'est pas démentie un seul instant.

Depuis longtemps je m'étais demandé si l'on ne pourrait pas appliquer à la réunion de l'urèthre et de la région périnéale la suture immédiate secondaire. Je m'étais posé cette question à propos d'un malade auquel je fis l'uréthrotomie externe à l'hôpital Saint-Antoine à la fin de 1884, et chez qui la cicatrisation com-

plète du périnée s'était fait attendre pendant toute une année. L'année dernière, j'ai trouvé l'occasion de mettre cette idée à exécution chez un malade du service de M. Le Fort.

Obs. II. — *Rétrécissement traumatique de l'urèthre et fistule périnéale; uréthrotomie externe sans conducteur; suture secondaire du périnée; guérison.*

Il s'agit d'un homme de 20 ans, atteint d'un rétrécissement traumatique de l'urèthre, consécutif au passage d'une roue de voiture au niveau de la région pubienne. Au moment où je vis ce malade dans le service de M. Le Fort, le 1^{er} août dernier, il existait sur la moitié droite du périnée un orifice fistuleux, livrant passage à la presque totalité de l'urine, dont quelques gouttes seulement s'écoulaient par le méat. Du 3 au 15 août, j'essayai à neuf reprises différentes le cathétérisme à l'aide de bougies filiformes, en m'aidant du cathétérisme appuyé avec les bougies en cire, sans pouvoir parvenir à franchir le rétrécissement. Je me décidai alors à pratiquer l'uréthrotomie externe sans conducteur.

Celle-ci fut faite le 16 août, en se conformant aux préceptes posés par le professeur Guyon. Le malade étant endormi, et un cathéter métallique étant conduit jusque sur le point rétréci, je fis sur la ligne médiane du périnée une incision de 6 à 7 centimètres de longueur; j'incisai ensuite sur la sonde cannelée le trajet fistuleux périnéal qui se dirigeait de droite à gauche et d'arrière en avant, pour venir aboutir dans la plaie périnéale moyenne. L'urèthre étant ouvert, sa muqueuse fut étalée au moyen de deux fils passés dans chacune des lèvres de l'incision uréthrale. Nous pûmes alors reconnaître, au niveau du point où le trajet fistuleux venait aboutir dans l'urèthre, un petit point de muqueuse uréthrale excessivement étroit qui s'enfonçait dans la profondeur. C'est sur ce petit prolongement muqueux que je dirigeai l'extrémité du stylet cannelé, flexible, recommandé par M. Guyon, et portant la pointe de l'instrument de droite à gauche, je fus assez heureux pour pénétrer dans le bout postérieur de l'urèthre, et de là dans la vessie. Après avoir débridé le bout postérieur, j'introduisis dans la vessie une sonde en gomme du n° 18, qui fut ramenée d'arrière en avant à travers le bout antérieur, et laissée à demeure.

Douze jours après, lorsque les incisions périnéales furent recouvertes de bourgeons charnus granuleux, et que l'induration périphérique entourant le trajet fistuleux eut disparu, je pratiquai la suture secondaire du périnée. Pour cela, le 28 août, j'avivai légèrement avec l'extrémité de l'ongle les bourgeons charnus, et je réunis les lèvres de la plaie périnéale par 4 points de suture profonde au fil d'argent et 5 points de suture superficielle au crin de Florence. Je ne fis point, comme dans ma première observation, comme cela a été fait dans les cas de M. Terrier et Le Dentu, la suture de l'urèthre lui-même. Ma réunion ne porta que sur le périnée, comme dans le fait de M. Lucas-Championnière.

Les cuisses du malade furent maintenues rapprochées dans la demi-flexion. — Le 3 septembre, j'enlevai un des fils profonds au niveau duquel un peu de suppuration s'était développée. Tous les autres fils furent supprimés le dixième jour, c'est-à-dire le 7 septembre.

Le 5 octobre, la sonde à demeure fut supprimée, et l'on put constater que la réunion secondaire du périnée n'ayant pas été absolument complète, quelques gouttes d'urine s'échappaient encore par la voie anormale.

La dilatation progressive fut commencée avec les bougies en gomme d'abord, puis avec les cathéters Béniqué; le 19 octobre, il ne s'écoulait plus de liquide par le périnée, et le 31 octobre, le malade quittait l'hôpital, passant aisément un cathéter Béniqué du n° 50. Ces jours derniers, j'ai eu des nouvelles de ce jeune homme. Depuis lors, sa guérison ne s'est pas démentie.

Chez un troisième malade, j'ai tenté la réunion secondaire du périnée; mais ici j'ai eu un insuccès complet.

Obs. — III. — *Uréthrotomie externe faite un an auparavant. Fistule périnéale persistante; suture secondaire du périnée; insuccès.*

Il s'agit d'un malade du service de M. Guyon, homme de 46 ans, atteint d'un rétrécissement de l'urèthre compliqué d'une double pyélonéphrite. Un an auparavant, j'avais pratiqué chez lui une uréthrotomie externe, mais la plaie périnéale ne s'était point cicatrisée, et elle livrait passage à la presque totalité des urines, quand le malade ne prenait pas la précaution de se sonder. Déjà, en avril 1888, M. Hallé, interne de M. Guyon, avait tenté chez ce malade la suture secondaire du périnée sans succès. Le 1^{er} septembre 1888, je fis une nouvelle tentative de suture; après avoir débridé en avant et en arrière la plaie périnéale, et l'avoir soigneusement avivée, j'en pratiquai la suture à l'aide de six points de suture profonde au fil d'argent et de deux points de suture superficielle au catgut.

Une sonde fut mise à demeure. Mais dès le 4 septembre les points de suture métallique répondant au milieu de la plaie avaient suppuré et coupé les tissus. La nuit suivante, la sonde à demeure s'étant bouchée, l'urine passa autour de ses parois, et, dans un effort, le malade fit craquer toutes les sutures. Le lendemain matin, on trouva le périnée béant; les sutures durent être enlevées, et le malade se retrouva sensiblement dans les mêmes conditions qu'avant cette dernière opération.

L'échec de la suture secondaire dans cette troisième observation me paraît devoir être mis sur le compte de l'état général très peu satisfaisant du malade et de sa double pyélonéphrite, qui en faisait, suivant l'expression du professeur Guyon, un véritable *pis-seur de pus*.

Quoi qu'il en soit, les faits que je viens de vous communiquer me semblent venir à l'appui de ceux qui ont été rapportés par

MM. Lucas-Championnière, Terrier et Le Dentu, pour démontrer que la suture primitive de l'urèthre et du périnée, dans tous les cas où elle est praticable, constitue, à la suite de l'uréthrotomie externe, une excellente opération.

Dans les cas où l'état du périnée traversé par des fistules et des clapiers purulents, tuméfié par des indurations phlegmoneuses, s'oppose à la réunion immédiate, la suture secondaire de la plaie granuleuse permettra d'obtenir encore un résultat fort avantageux, en abrégant notablement la durée de la cicatrisation, toujours si longue à obtenir à la suite de l'uréthrotomie externe.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
S. Pozzi.

Séance du 10 avril 1889.

Présidence de M. LE DENTU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

- 1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;
- 2° Des lettres de candidature de MM. CHAPUT, G. MARCHANT, BAZY et PICQUÉ à la place de titulaire vacante ;
- 3° *Sulla gastrostomia et il tannino nella tubercolosi ossei et articolare*, par le professeur A. CECCHERELLI (de Parme), membre correspondant ;
- 4° *L'Art de prendre les eaux*, par le Dr Champouillon ;
- 5° Le deuxième fascicule de nos *Bulletins et Mémoires* pour 1889 ;
- 6° *Commemorazione del prof. Tito VANZETTI*, par le commandeur A. D. MINNICH ;

7° *Rhumatisme musculaire suppuré*, par le D^r BILLOT, médecin-major de l'armée (commissaire : M. JALAGUIER);

8° *Étude clinique sur les coups de feu pénétrants de l'abdomen*, par le D^r CHARVOT, membre correspondant.

Suite de la discussion sur les rétro-déviation de l'utérus.

M. BOUILLY. Absent à la dernière séance, je n'ai pu prendre part à la discussion ni relever les attaques poussées contre l'emploi des pessaires dans les rétro-déviation. On m'a accusé d'avoir pour ces instruments une sympathie exagérée et d'en faire un trop large emploi; je réponds que, dans nombre de cas, c'est un moyen utile et non dangereux qu'il faut conserver, faute de mieux. Je ne parle, bien entendu, que des pessaires actuels, malléables ou non, bien appropriés au cas en traitement, représentés par les pessaires de Hodge, de Smith, etc.; et je rejette comme tout à fait défectueux les anciens pessaires en gimbelette, les pessaires à insufflation de Gariel, les hystérophores, et à plus forte raison les pessaires et redresseurs intra-utérins.

Ces pessaires actuels sont *utiles et innocents*. Je dis qu'ils sont *utiles*; car voici où nous en sommes à l'heure actuelle dans le traitement des rétro-déviation simples. Il semble nécessaire à tout le monde de corriger et de maintenir réduite une rétroversion ou une rétroflexion simples, c'est-à-dire facilement mobile et peu adhérente. La persistance de la déviation entraîne souvent des troubles douloureux et crée des dangers; elle prédispose à la matité et l'entretient avec toutes ses conséquences et favorise la tendance au prolapsus, si le vagin et le périnée sont en mauvais état. Or, dans ces cas, le traitement opératoire comprend ou l'opération d'Alexander ou l'hystéropexie. L'opération d'Alexander a été jugée sévèrement au point de vue de ses résultats définitifs; l'hystéropexie, qui n'a pas encore fait ses preuves comme moyen de contention définitif, est une opération excessive dans ces cas simples. On se trouve donc en présence de ce dilemme: ou de ne rien faire contre ces rétro-déviation simples, ou de les traiter par une opération ayant toute l'importance et la gravité possibles d'une laparotomie. Entre ces deux extrêmes, pourquoi ne pas s'arrêter à un moyen terme dont la valeur me paraît incontestable? C'est pour ces cas que se pose l'indication de la contention mécanique par les pessaires et en particulier par le pessaire de Hodge.

Je possède des notes sur quatre-vingt cas environ de rétro-dé-

viations simples traitées de cette façon. Dans tous les cas, il y a eu soulagement immédiat des douleurs ; trois fois il y a eu grossesse menée à terme, le pessaire ayant été retiré dans le cours du troisième mois.

La réduction de la déviation s'est toujours maintenue d'une façon satisfaisante, dans les cas où l'on a soin de vérifier, surtout dans les premiers mois, la position de l'instrument et celle de l'utérus. Dans dix-sept cas, j'ai dû faire la colpo-périnéorrhaphie pour assurer le maintien correct de l'instrument en bonne situation.

Dans ces cas, d'une manière générale, les pessaires peuvent être définitivement retirés après un séjour variant de six mois à un an, si la réduction a été bien maintenue ; au bout de ce temps, l'utérus se trouve retenu en antiversion naturelle par la pression de la masse intestinale, portant sur le fond et la face postérieure de l'organe.

Si le pessaire est mal appliqué, si la réduction utérine n'est pas maintenue, ou si l'instrument est retiré trop tôt, les malades viennent se plaindre rapidement et réclament une meilleure ou une nouvelle application ; quelques-unes ne veulent plus se séparer de leur instrument, dans la crainte du retour des accidents, et quelquefois le pessaire doit être supprimé à leur insu.

Je reste donc convaincu que ce moyen est utile. Est-il *dangereux*, comme on l'a avancé sans grande preuve à l'appui ? Quels sont ces dangers ? Je ne les connais pas. Tout au plus peut-on l'accuser, dans les premiers temps de l'application, de provoquer un léger écoulement vaginal facilement combattu par les injections. Il ne peut se produire de douleurs et de dangers que dans deux circonstances : si le pessaire est *mal appliqué*, ou s'il n'est pas *indiqué*. Et alors ce n'est pas l'instrument qu'il faut accuser, mais l'opérateur qui en a fait une mauvaise et intempestive application. Il est mal appliqué quand il est trop grand ou quand il appuie sur le corps d'un utérus dont la rétro-déviation n'est pas réduite. Il est appliqué *mal à propos* toutes les fois qu'il y a une rétro-déviation compliquée, c'est-à-dire une inflammation du péritoine pelvien ou des annexes de l'utérus ou un prolapsus de l'ovaire non réduit. Dans ces cas, la douleur n'est plus attribuable à la déviation, mais aux lésions qui la compliquent.

Une seule fois, j'ai observé une ulcération superficielle dans le cul-de-sac postérieur, facilement guérie par la suppression momentanée d'un pessaire trop grand et son remplacement par un instrument mieux approprié.

En résumé, jusqu'à nouvel ordre, dans le traitement des rétro-déviation simples, je conserve et je préconise l'emploi du pessaire ;

ce moyen me paraît plus simple et aussi efficace que l'opération d'Alexander, et il ne trouble pas les conditions physiologiques de l'utérus comme le raccourcissement des ligaments ronds.

M. POZZI. Je m'élève également contre la proscription du pessaire dans les cas de rétroversions réductibles; j'ai souvent constaté ses excellents effets. Beaucoup de femmes sont ainsi guéries de leurs douleurs et de cette asthénie particulière qu'on peut attribuer aux troubles réflexes du système nerveux, et qui va parfois jusqu'à rendre la marche très difficile. Parmi les symptômes morbides curieux liés aux rétro-déviationes et améliorés par l'usage du pessaire, je noterai les troubles gastriques persistants, souvent attribués à une simple dilatation de l'estomac. (On peut, du reste, se demander si cette dilatation ne survient pas secondairement alors.) Mais il faut se souvenir que l'application d'un pessaire approprié peut être des plus difficiles dans certains cas; elle demande alors autant de patience et de dextérité que l'opération du raccourcissement des ligaments ronds ou de l'hystéropexie.

M. TERRIER. L'expérience personnelle de chacun de nous est supérieure à tous les arguments, et quant à moi, je persiste à nier l'efficacité du pessaire.

Communication.

*Kyste hydatique suppuré de la rate évacué par les bronches.
Incision par la voie transpleurale. Guérison.*

Par M. QUÉNU.

A propos de l'une des observations de M. Leprévôt qui porte sur un kyste de la rate, M. Segond nous a dit que les méthodes de thérapeutique applicables aux kystes du foie pouvaient s'appliquer aux kystes de la rate; je vais moi-même vous en donner une démonstration en relatant l'observation d'un kyste suppuré que j'ai traité par l'incision transpleurale.

Les kystes de la rate sont rares; MM. Poulet et Casanova n'ont pu, dans leur mémoire de la *Revue de chirurgie*, en rassembler que 32 cas.

Au point de vue du traitement, je remarque que la plupart ont été traités, avec des fortunes diverses, soit par la ponction, soit par l'incision en deux ou en un seul temps, mais qu'un seul a subi l'extirpation, et encore l'opération faite par Kœberlé dura trois heures et fut rapidement suivie de mort. C'est que les kystes de la

rate (les observations en témoignent) présentent toujours ou presque toujours des adhérences étendues; faut-il en chercher la raison dans des connexions plus intimes avec le tube digestif, avec l'estomac? Je n'en sais rien, mais le fait paraît assez constant.

D'autre part, de même qu'il y a des kystes du foie qui se développent vers le diaphragme, il existe des kystes de la rate qui, partis de son extrémité supérieure, refoulent le diaphragme, déterminent des accidents pulmonaires et se vident dans les bronches; tel est le cas que j'ai observé. J'ai pensé que la méthode de l'incision large après résection costale lui était applicable: Mon opération a été suivie d'une guérison complète; elle est, je crois, la première qui ait été pratiquée pour un kyste hydatique de la rate.

Obs. — Mon malade, C...⁴, était un homme de 37 ans, plombier, bien portant jusqu'en l'année 1887. Il entra le 25 août de cette année dans le service de M. Lacombe, à l'hôpital Bichat, pour des douleurs de ventre survenant sous forme de crises et occupant spécialement l'épigastre. M. Lacombe, à qui nous sommes redevables de ces détails, constata, dans l'hypochondre gauche, la présence d'une tumeur fluctuante; il fit une ponction capillaire et retira 2 litres et demi d'un liquide clair renfermant des crochets. Les suites furent simples; le malade quitta le service deux mois après, assez amélioré pour reprendre sa profession. Mais le 1^{er} décembre, c'est-à-dire trois mois après la ponction, C... fut pris en travaillant d'une vomique abondante. Il expulsa par la toux du liquide clair contenant en suspension « comme des peaux de raisin »; le 21 du même mois, il se détermina à rentrer dans le service de M. Lacombe. A partir de cette époque, il fut pris d'une série de vomiques purulentes: ses forces diminuèrent rapidement, son teint devint plombé, il maigrit, en proie chaque soir à un véritable accès de fièvre rémittente avec frissons et sueurs. J'ai là quatre feuilles remplies de ces oscillations de températures vespérales.

Le 16 avril, C..., passe dans le service de M. Terrier, que j'avais l'honneur de suppléer. Je me trouve en présence d'un malade réduit à la dernière cachexie; il ne peut se lever, digère mal, le moindre mouvement dans son lit lui donne de l'anhélation; tous les matins il est pris d'accès de toux qui se terminent par le rejet de deux ou trois palettes de pus. L'urine renferme des traces d'albumine. Le ventre est douloureux, principalement au-dessous du rebord des fausses côtes gauches; on ne sent là aucune tuméfaction. Du côté du thorax, on observe à gauche une matité qui occupe seulement la partie inférieure; on entend des bruits amphoriques et on constate tous les signes habituels d'un pyo-pneumothorax. Le diagnostic porté est kyste de la rate suppuré vidé dans la cavité pleurale et dans les bronches.

Le 24 avril, l'opération fut faite sous le chloroforme avec l'assistance de mes amis Brun et Segond. Le malade étant couché sur le côté droit,

⁴ Observation prise par M. Dumoret, interne de M. Terrier.

une incision de 10 centimètres fut faite le long de la neuvième côte à partir des cartilages costaux.

10 à 12 centimètres de la neuvième côte furent réséqués. Alors je fis une ponction aspiratrice qui resta sèche. J'incisai le tissu fibreux que je croyais être le feuillet pariétal de la plèvre, et j'ouvris une cavité pleine de pus que je crus être la cavité pleurale. Après avoir détergé cette poche purulente, je pus m'assurer que j'avais en réalité incisé les deux feuillets pariétal et diaphragmatique de la plèvre soudés ensemble, et qu'après avoir trouvé le diaphragme je me trouvais dans la cavité abdominale. En effet, je constatai que le fond de la poche était occupé par un organe d'apparence bleuâtre, qui n'était autre chose que la rate, et que du reste les adhérences isolaient l'abcès de la cavité péritonéale. Du pus semble suinter d'un orifice que j'agrandis avec le doigt; mais, gêné par l'espace, je résèque la côte sous-jacente et je taille un lambeau pleural que je fais relever en l'air par des pinces hémostatiques. J'ai devant moi une immense cavité dont les limites supérieures échappent au doigt et au regard, et capable au moins de loger une tête d'enfant.

Cette cavité, qui ne paraît pas être la cavité pleurale, est remplie de caillots sanguins décolorés, de pus, de paquets de fausses membranes et d'hydatides. J'essaye de faire un nettoyage avec une injection boricuée, mais je détermine une vomique et je suis obligé d'y renoncer. J'enlève d'abord avec la main, puis avec une cuiller, tous les corps étrangers; je nettoie les parois avec de grosses éponges.

Deux drains sont placés : l'un dans le diverticule déclive au-dessus de la rate, l'autre dans la grande poche. Réunion de la plaie.

En résumé, nous avons eu affaire à un kyste de la rate qui, après avoir déterminé la formation d'adhérences pleuro-phréniques, a refoulé le diaphragme en accolant l'un à l'autre les feuillets de la plèvre, dont la cavité me semble bien être restée à l'abri de l'infection.

Les suites de l'opération furent assez pénibles dans les premiers jours. L'anhélation était marquée, la respiration à 28 ou 32. Il n'y eut pas de vomiques jusqu'au 26; alors chaque pansement détermina un rejet de pus par la bouche et par la plaie; celle-ci, qui était restée aseptique, se mit à suppurier; mais, grâce à des pansements faits chaque jour avec beaucoup de soin par moi, puis par M. Dumoret, la suppuration diminua assez vite et les vomiques s'espacèrent, ne survenant que tous les trois ou quatre jours. En même temps, le murmure vésiculaire s'entendait de plus en plus à la partie inférieure du thorax.

Le 15 juin, l'état général est devenu excellent; C... a pris de l'embonpoint, ses forces sont revenues et il n'est plus reconnaissable; il se lève depuis plusieurs jours. Il reste une cavité qui mesure en hauteur 12 centimètres et en profondeur 8 centimètres.

A cette date, je crains que ce vide ne puisse jamais se combler, et je pense être plus tard obligé de réséquer un plastron de thorax. Malgré son étendue, la cavité se réduisit peu à peu d'elle-même, et, le 14 août, il n'en restait plus qu'un trajet long d'un centimètre et demi à 2 centimètres.

Le 14 août, le malade quitte l'hôpital. Le thorax est très aplati; il n'existe pas de bruit anormal et la respiration s'entend presque jusqu'en bas.

J'ai eu l'occasion de revoir C... au mois de novembre au dispensaire Pereire. Sa santé s'est maintenue parfaite et ses forces sont revenues, à tel point qu'ayant été accusé par des camarades de travail d'avoir eu une maladie honteuse et des « poulains », il entama avec ses adversaires une lutte dans laquelle il eut le dessus. Il était même de ce chef cité devant le tribunal pour coups et blessures, et il venait me demander un certificat attestant la nature de la maladie pour laquelle je lui avais donné des soins. Je constatai que la petite fistule s'était tout à fait fermée. A quelque temps de là, j'ai su qu'elle s'était ouverte pour livrer passage à un fil à ligature, et qu'elle s'était de nouveau refermée complètement.

Communication.

Sur le traitement des kystes hydatiques du foie,

Par M. L.-G. RICHELOT.

J'ai présenté à la Société de chirurgie, le 25 novembre 1885, une observation de kyste hydatique du foie traité par l'incision abdominale. Cette observation n'était pas la première en date; j'avais été précédé par MM. Terrier et Lucas-Championnière. Mais c'était la première fois qu'une discussion était soulevée parmi nous sur le *traitement moderne* des kystes hydatiques du foie.

Dans ce travail, je faisais la part des ponctions capillaires essayées une seule fois, tout en signalant leurs dangers possibles et la rareté de leurs guérisons définitives, sur lesquelles on se fait beaucoup d'illusions. Mais surtout j'affirmais que la méthode de Récamier et celle du gros trocart devaient céder le pas à l'*incision franche du péritoine*. Cette opinion rencontra dans la Société quelque résistance; mais je me trouvais en communion d'idées avec MM. Terrier, Championnière, Segond, Monod. Leur observation, comme la mienne, s'est encore étendue, et les faits que nous avons vus pendant ces trois dernières années ont tous concouru à nous faire oublier les vieilles méthodes.

Tout récemment, la ponction capillaire a été préconisée avec une nouvelle insistance, à la Société médicale des hôpitaux, par notre collègue Debove; mais à la ponction s'ajoute, suivant la méthode inaugurée en 1884 par Mesnard (de Bordeaux), le lavage du kyste avec la liqueur de Van Swieten, pour tuer les hydatides. Le lavage est, à coup sûr, un perfectionnement; mais je ne crois

pas qu'il augmente assez la valeur de la ponction pour nous la faire préférer souvent aux méthodes chirurgicales. Je pense, avec M. Segond, qu'il n'y faut pas songer un instant dans les kystes suppurés; qu'elle est mauvaise dans les kystes vivants à poches multiples, à hydatides nombreuses; qu'elle peut être bonne — sous la réserve de certains accidents inflammatoires ou gangreneux — dans les kystes les plus simples.

Mais comment savoir si un kyste est simple, autrement que par une opération qui permet de le voir et de le toucher du doigt? Si la présence du kyste est aisément soupçonnée ou reconnue, le diagnostic de sa forme, de son volume, de ses connexions est en général très obscur. Il peut être impossible, même après l'évacuation, de s'en faire une idée bien exacte; à preuve le malade qui m'a servi d'exemple en 1885, et que j'avais opéré le 27 août. J'avais trouvé une poche de moyennes dimensions, adhérente à la paroi de l'abdomen, et d'apparence fort simple. En janvier 1886, le malade paraissait bien près de la guérison, mais un peu plus tard il revint à l'hôpital, épuisé, cachectique, et présentant à l'épigastre une bosselure qui semblait indiquer la reproduction du kyste. Malgré l'état déplorable du malade, et croyant à une simple récurrence, je pratiquai une nouvelle incision au niveau de la cicatrice. Mais je vis qu'il ne s'agissait plus de la poche primitive; il y avait, derrière la ligne blanche, une accumulation d'hydatides; il y en avait partout, dans le parenchyme du foie, dans le repli gastro-hépatique, dans le grand épiploon; c'était une véritable infection, un envahissement du péritoine par des vésicules de toutes dimensions. Cette laparotomie donna, comme de juste, un résultat fort médiocre; le malade continua de s'affaiblir, et succomba le 24 avril.

Voilà les surprises qu'on peut avoir; ai-je besoin d'ajouter qu'on les aura surtout si on se borne à la ponction, c'est-à-dire au traitement le plus aveugle de tous? Aussi n'ai-je pas envie de changer la formule que j'adoptais en 1885: la meilleure méthode est l'incision franche du péritoine, qui permet d'explorer le kyste et de le traiter à bon escient, d'après sa forme, son volume et ses rapports.

C'était la peur d'une laparotomie qui retenait beaucoup de chirurgiens d'adopter cette ligne de conduite. Mais il ne s'agit pas toujours d'une grande laparotomie; l'incision franche du péritoine est plus ou moins discrète. Sans parler de l'incision de Volkmann, qui de parti pris s'arrête au-devant du kyste et l'ouvre au bout de quelques jours après la formation des adhérences, il peut arriver que le chirurgien, tombant sur des adhérences déjà faites et une tumeur de moyen volume, se borne à l'ouvrir sans chercher à l'ex-

traire en tout ou en partie, faisant ainsi, à peu de chose près, ce qu'aurait fait le gros trocart, avec cette différence, toutefois, qu'il n'agit pas à l'aveugle, et s'arrête parce qu'il a vu et touché le kyste, et reconnu que son volume et ses connexions lui permettent de s'en tenir à l'incision simple ; avec cette autre différence, que l'incision peut avoir la longueur suffisante pour évacuer d'emblée toutes les hydatides et faire un nettoyage complet de la poche, ce qui n'est pas indifférent dans les kystes suppurés, fétides et infectant déjà l'économie.

Mais où l'incision franche devient intéressante, c'est quand elle permet d'attirer au dehors un kyste saillant hors du parenchyme et de le réséquer largement ; ou bien encore, de l'atteindre dans l'épaisseur du foie en traversant une lame de tissu hépatique, et de suturer la poche et le foie lui-même à la plaie abdominale. Cette méthode offre le triple avantage de protéger parfaitement le péritoine contre l'effusion du liquide, de réduire le kyste au plus petit volume, de rendre facile son traitement antiseptique ; d'où la guérison plus sûre et plus rapide.

Voilà ce que nous avons fait couramment depuis trois ans. Dans les deux exemples que je puis vous citer, l'ouverture de l'abdomen fut suivie d'une prompte guérison. Mais ce qui permet surtout de juger la supériorité de cette méthode sur les anciens traitements, que j'appelle les traitements aveugles, c'est que, dans les deux cas, l'incision franche du péritoine a été nécessaire pour établir, avant tout, le diagnostic ; ni dans l'un ni dans l'autre, je ne pouvais me fier à la ponction dite exploratrice ; à telle enseigne que, si je n'avais pas voulu ouvrir le ventre, en vérité je ne sais pas ce que j'aurais fait.

Le 10 avril 1888 entre à l'hôpital Tenon une fille de 20 ans, Marie V..., qui porte une tumeur dans le flanc droit, sentie pour la première fois à l'âge de 17 ans, et d'abord douloureuse au moment des règles. A 18 ans, elle est devenue enceinte, et pendant la grossesse les douleurs se sont calmées, pour revenir très fortes après l'accouchement. Depuis cette époque, la tumeur a augmenté de volume et est devenue plus mobile.

Aujourd'hui, je trouve à droite de l'ombilic une tumeur dure, lisse, oblongue, et paraissant plus grosse qu'un poing d'adulte. L'extrémité qui avoisine l'ombilic est arrondie et tout le bord inférieur se délimite facilement. Le doigt pénètre sous les fausses côtes et fait descendre la tumeur, qui est très mobile et paraît indépendante du foie, bien que sa limite supérieure ne se trouve pas nettement. Elle glisse sous la paroi abdominale, et dépasse la ligne médiane quand la malade est couchée sur le côté gauche. Elle glisse sur les parties profondes, et les pressions ne peuvent

la refouler dans la région lombaire, dont la souplesse est normale.

Les douleurs spontanées sont vives et à peu près continuelles, dans la station debout, pendant la marche, sous l'influence du moindre effort; la malade les compare à des coups de couteau. L'application d'un corset les rend supportables, mais alors la digestion, qui se fait bien d'ordinaire, est pénible. Enfin, si elle veut se coucher sur le côté gauche, la douleur devient intolérable.

L'appétit est bon, les époques régulières; il n'y a ni amaigrissement ni troubles généraux.

Le diagnostic me parut, je l'avoue, fort embarrassant. Cette tumeur mobile, flottante et qu'on tenait presque dans la main, ne paraissait guère se rattacher au foie, et l'idée d'un kyste hydatique ne me vint pas d'abord à l'esprit. Ce n'était pas le siège, la forme, la consistance d'une vésicule biliaire. Je croyais plutôt à une ectopie rénale, et j'y aurais cru surtout si j'avais tant soit peu reconnu la forme et le volume du rein; mais la forme et le volume n'y étaient pas. Il fallait admettre un rein malade, hypertrophié; mais quelle maladie? Était-ce un rein calculeux, tuberculeux, polykystique? Il n'y avait aucun signe de pyélo-néphrite, aucun soupçon d'altération tuberculeuse locale ou générale. Je fis faire avec soin l'analyse de l'urine: couleur et densité normales, quantité 1,200 grammes, 23 grammes d'urée, ni sucre ni albumine.

Devais-je faire une ponction exploratrice? J'avoue n'aimer que très médiocrement les ponctions exploratrices dans l'abdomen. Sans doute, quand il s'agit de compléter un diagnostic à moitié fait, de s'assurer de la présence du liquide ou de sa nature dans une tumeur qui soulève la paroi, elles ont peu d'inconvénients. Mais s'agit-il, au contraire, d'explorer une tumeur mobile et de nature incertaine, elles peuvent être dangereuses en piquant à l'aveugle un organe inconnu; leur moindre défaut est de ne rien éclaircir. Qu'aurais-je obtenu en tombant sur le rein? Un effet nul, pour le moins. Et sur une vésicule biliaire non adhérente? Peut-être un gros malheur.

J'entrepris donc l'ouverture de l'abdomen, le 19 avril, avec la pensée que j'aurais peut-être à faire une néphrectomie. J'étais aidé par M. le docteur Verchère et par MM. Lafourcade, Marquézy et Buscarlet, internes du service. Incision de 10 centimètres sur le bord externe du muscle droit: je tombe sur le foie. Ayant un peu agrandi l'incision, je trouve que la tumeur est constituée par une masse de tissu hépatique formant comme un lobe surajouté au bord antérieur et tenant à l'organe par un large pédicule. La vésicule biliaire, normale, est annexée à ce lobe. Il offre une surface convexe, rénitente, sans fluctuation véritable; néanmoins l'idée d'un kyste inclus dans le parenchyme vient naturellement,

et se trouve confirmée par la ponction capillaire, qui est faite en protégeant le péritoine avec des éponges, et qui donne issue à 300 grammes environ d'un liquide clair comme de l'eau de roche. Aussitôt la lame de tissu qui recouvre le kyste s'affaisse et devient assez lâche pour être saisie avec deux pinces hémostatiques. Je la soulève et l'attire dans l'incision abdominale ; puis je commence à fermer le péritoine. Les deux lèvres de la séreuse sont suturées au tissu hépatique avec des fils du catgut ; aux deux angles de la plaie, un fil disposé en surjet réunit également le péritoine, un autre forme un second étage et réunit l'aponévrose. La cavité abdominale étant à l'abri, j'ouvre le kyste en traversant une lame de tissu hépatique d'un demi-centimètre d'épaisseur ; j'en extrais des vésicules-filles avec les doigts et avec les pinces, j'y introduis des éponges pour le mettre à sec, et au bout de quelques instants j'attire au dehors la vésicule-mère en totalité. Je lave encore avec des éponges imbibées de sublimé, puis j'introduis plusieurs longues bandelettes de gaze iodoformée, sans chercher à remplir toute la cavité, qui paraît avoir 12 centimètres de profondeur. Il me reste à faire un troisième étage de sutures, celui-ci en crins de Florence, qui réunit la peau et la couche musculaire, et qui prend les bords de l'incision faite au kyste et au tissu du foie. Je n'ai dû réséquer ni l'un ni l'autre. Pansement iodoformé sur le tout, ouate et bandage de corps.

Le soir de l'opération survient une poussée d'urticaire sur les bras. Quelques vomissements pendant les deux premiers jours ; aucune douleur abdominale, apyrexie complète. La gaze iodoformée est retirée du kyste après quelques jours, et remplacée par une seule bandelette qui le remplit encore moins ; les crins de Florence sont enlevés au bout d'une semaine. La cavité se rétrécit rapidement sans suppurer ; le 3 juin, il reste un petit orifice dans lequel on ne met plus de gaze ; le 4, le pansement est coloré en vert par la bile ; le 5, la pression autour de l'orifice fait sourdre une cuillerée à café de ce liquide ; le 6, on ne voit plus rien de semblable, et la cicatrisation est bientôt achevée. Marie V... nous quitte à la fin de juin.

Je l'ai revue plusieurs fois depuis cette époque ; elle est bien guérie et ne souffre plus du tout. La suture abdominale paraît très solide, et la cicatrice est presque effacée vers les deux angles.

Les détails que vous venez d'entendre me permettront d'abréger le second fait.

Marie W... entre à l'hôpital le même jour que Marie V... C'est une femme de vingt-cinq ans ; à l'âge de onze ans, une douleur passagère lui a fait remarquer une tumeur siégeant à droite de l'ombilic. Les premières règles sont venues à onze ans et demi ; elle

n'a eu, depuis ce moment, aucun trouble utérin, aucune altération de la santé, et sa tumeur ne lui a donné nul souci jusqu'au mois de mars dernier. Alors elle est devenue douloureuse dans la station debout, et la malade ne peut plus marcher sans de vives souffrances.

Je trouve dans le flanc droit une tumeur arrondie, lisse et dure, paraissant un peu moins grosse qu'une tête de fœtus à terme. Elle est peu mobile, et profonde comme si elle venait du rein; elle n'adhère pas à la paroi abdominale; la percussion dénote la présence de l'intestin au-devant d'elle. On détermine facilement ses limites vers la ligne blanche, au niveau de l'ombilic, à deux ou trois travers de doigt de l'épine iliaque; on enfonce les doigts entre sa partie la plus saillante et le rebord des fausses côtes; la main gauche portée sur la région lombaire la repousse en totalité vers la main droite appliquée sur le ventre. La malade ne souffre pas quand elle est au lit; la douleur est éveillée par la pression, par la station debout, par la marche. L'appétit est régulier, les digestions sont bonnes.

J'avoue qu'ici encore je cherchai d'abord une tumeur du rein. Mais quelle tumeur? Aucun symptôme d'affection rénale, aucun trouble de l'urine, dont l'analyse fut faite à plusieurs reprises. Comment expliquer un rein malade et d'un tel volume, sans altération de la santé, depuis l'âge de onze ans? D'ailleurs, mon attention était absorbée, à ce moment, par Marie V..., qui devait être opérée la première. Les deux opérations furent faites à un jour d'intervalle; je n'ai pas besoin de vous dire qu'en abordant la seconde, le 20 avril, je pensais au kyste hydatique; mais je n'avais aucune certitude.

Je fis d'abord une assez courte incision sur le bord externe du muscle droit, puis je l'agrandis jusqu'à 12 centimètres. Je ne vis d'abord que l'épiploon, qui voilait la tumeur et lui adhérait en plusieurs points. Pour la découvrir, tandis que M. le Dr Verchère maintenait facilement l'intestin grêle, il fallut décoller peu à peu l'épiploon, le prendre çà et là dans des pinces courbes et y poser plusieurs ligatures. La tumeur fut ainsi dégagée; sa paroi était jaunâtre, sa consistance cartilagineuse; elle était grosse comme un poing d'adulte, pyriforme, et ressemblait à une énorme vésicule biliaire. Mais la vésicule, transparente et saine, apparut en dedans de la tumeur et tout près d'elle. Dès ce moment, le diagnostic ne faisait plus aucun doute: j'avais sous les yeux un kyste à paroi très épaisse, dont la petite extrémité se perdait dans le foie, sous son bord antérieur, et dont la plus grande partie faisait saillie hors du parenchyme. Je l'attirai dans la plaie, je l'ouvris avec précaution, et pas une goutte de liquide ne s'échappa; il était absolument bourré de vésicules de toutes les dimensions, pleines ou flétries.

Sa profondeur était d'environ 15 centimètres. Sa paroi, dense et fibreuse, mesurait 2 millimètres au moins d'épaisseur. Après l'avoir entièrement vidé, je fis la résection de toute la partie que j'avais attirée hors du ventre, et le kyste fut ainsi réduit à un simple cul-de-sac, profond de 7 à 8 centimètres. Alors je fermai l'abdomen par une suture à trois étages : un fil de catgut en surjet réunit de haut en bas les deux lèvres de l'incision péritonéale ; le même fil, ramené de bas en haut, réunit l'aponévrose ; enfin, une série de points séparés, en crin de Florence, compriment la peau et la couche musculaire. Chemin faisant, j'avais suturé le péritoine à la face externe de la poche fibreuse ; les bords de celle-ci furent pris par les crins de Florence et réunis à la peau. Je fis le drainage avec une bandelette de gaze iodoformée.

La malade eut 38° le soir pendant trois jours, et c'est tout ce que je trouve à noter ; le cul-de-sac fibreux donna quelques gouttes de pus, se combla régulièrement, et la malade quitta l'hôpital au commencement de juin. Je l'ai revue deux mois après, complètement guérie, avec une bonne cicatrice.

Ce second fait, comme le premier, nous montre un kyste du foie dont le diagnostic n'était pas établi. Je ne voulais pas chercher à l'établir par une ponction capillaire, parce que j'avais devant moi une tumeur profonde et sans adhérences à la paroi, tout près de la vésicule biliaire, comme je l'ai vu au cours de l'opération, et recouverte par une anse intestinale. D'ailleurs, si j'avais fait une ponction en évitant ces écueils, elle ne m'aurait servi de rien, puisqu'il n'y avait pas une goutte de liquide ; vous voyez donc qu'il ne faut pas s'y fier.

En me décidant pour l'incision, j'ai pu traiter la tumeur suivant son volume, son siège, ses rapports, et supprimer une grande partie de la poche hydatique. Dans l'autre cas, je l'avais ouverte seulement, puis suturée à la plaie du ventre avec la lame du tissu hépatique qui la doublait. C'est un heureux hasard qui m'a fait observer en même temps ces deux formes typiques : d'une part, un kyste énucléé déjà hors du parenchyme, qu'on peut simplifier beaucoup par une large résection ; d'autre part, un kyste inclus dans le parenchyme, qu'on se borne à évacuer en suturant le foie lui-même à l'incision abdominale.

Ma conclusion sera aujourd'hui ce qu'elle était en 1885. Réserves faites pour certains cas où la ponction peut être indiquée, le traitement des kystes hydatiques du foie se divise en trois temps : incision franche du péritoine ; exploration de la tumeur ; traitement variable du kyste, approprié à son volume et à ses connexions. J'ajoute que l'incision, qui me paraît la meilleure méthode, peut être à l'occasion la méthode nécessaire, parce qu'elle seule, ayant

la valeur d'une incision exploratrice, permet d'achever le diagnostic et de déterminer l'opération à faire, en même temps qu'elle en constitue le premier acte.

Discussion.

M. DELENS. J'ai observé, en 1874, un malade atteint de kyste hydatique de la rate, qui démontre combien il est difficile d'affirmer la guérison après la ponction. Celle-ci avait donné issue à trois litres et demi de liquide, et, pendant cinq ans, le malade se crut guéri, puis la tumeur se reforma peu à peu ; en 1883, elle contenait encore peu de liquide, mais formait déjà une masse assez volumineuse. Une ponction nouvelle ne retira qu'une petite quantité de liquide. Depuis cette époque, j'ai perdu de vue ce malade.

M. BOUILLY. J'ai opéré, il y a trois ans, par la laparotomie, le malade dont M. Delens vient de nous raconter l'histoire : sa poche renfermait une quantité énorme de vésicules qu'on peut évaluer à cinq ou six litres environ. La guérison a été obtenue avec une rapidité et une facilité merveilleuses. La laparotomie ne m'a pas fourni de notion précise sur le siège exact de la tumeur.

M. TILLAUX. M. Richelot avait-il recherché le frémissement hydatique dans son deuxième fait ? Avec cette absence complète de liquide et cette multiplicité de vésicules, le frémissement devait certainement exister. Est-il certain qu'il s'agissait d'une tumeur du foie ?

M. RICHELOT. Je ne crois pas pouvoir douter du siège de ce kyste ; la sonorité qui existait chez la malade au moment de l'examen provenait sans doute d'une anse intestinale qui s'est ensuite déplacée, car je n'ai rien trouvé qui put l'expliquer au moment de l'opération.

M. ROUTIER. J'ai vu l'année dernière, dans le voisinage de l'hôpital Laënnec, un malade porteur d'un kyste hydatique depuis vingt-cinq ans. Son état général étant très grave, j'eus recours à la ponction avec le gros trocart et fus fort étonné de ne voir rien sortir ; il s'agissait d'un kyste à contenu partiellement transformé.

M. POZZI. Je relèverai comme un fait intéressant sur la sonorité qui existait en avant du kyste dans les observations de M. Richelot ; ce signe n'est donc pas, comme l'a dit récemment Pawlik, pathognomonique des tumeurs du rein ; il peut être parfaitement observé dans d'autres tumeurs, quoique plus rarement.

M. SCHWARTZ. Le signe en question est connu depuis fort long-

temps en France; Nélaton et ses élèves ont insisté les premiers sur la valeur de ce signe dans le diagnostic des tumeurs du rein, sans lui attribuer une valeur absolue.

M. MONOD. J'ai eu à traiter trois kystes hydatiques du foie; deux d'entre eux ont laissé à la suite du traitement des fistules qui persistent depuis un certain temps, et vis-à-vis desquelles je suis très embarrassé.

Il s'agit dans un cas d'une petite fille, chez laquelle j'ai pu saisir, au fond du trajet, un petit fragment calcifié paraissant venir de la poche et être la source de la suppuration. J'observe encore une jeune femme, opérée par un confrère, qui présente depuis fort longtemps un trajet de 10 centimètres de profondeur. On est fort embarrassé en présence de faits pareils, et l'on recule devant une opération nouvelle pouvant guérir cette infirmité.

M. MARCHAND. Je tiens à vous communiquer un cas qui montre l'évolution, à très longue échéance, que présentent certains kystes hydatiques, rend compte de la bénignité relative de quelques-unes de ces productions, et explique peut-être leur long silence après quelques-unes de ces opérations bénignes auxquelles quelques-uns de mes collègues refusent presque absolument toute puissance curative.

En 1853, un étudiant en médecine qui suivait le service de Michon, à la Pitié, vit en très peu de temps se développer sur sa personne une tumeur de 6 à 7 centimètres à sa lèvre, faisant un relief de 5 centimètres environ, siégeant à la région épigastrique, un peu à droite de la ligne blanche.

Le chef de service, consulté, reconnut un kyste hydatique, diagnostic que confirmèrent peu à peu Gosselin, Valleix et Maisonneuve. Michon, sollicité d'opérer la tumeur, s'y refusa, prétendant que si ces hydatides venaient à mourir, ce qu'il regardait comme possible, la tumeur cesserait de s'accroître; et *qu'en tout cas il n'y avait pas péril en la demeure.*

La tumeur resta stationnaire pendant trois ou quatre mois; tout à coup, elle devient moins saillante (ce que Michon constata lui-même). Six mois après, elle avait tout à fait disparu. Jusqu'aux premiers jours de mai 1887, pendant trente-quatre ans, l'étudiant, devenu médecin, fournit une longue et très laborieuse carrière sans s'être jamais souvenu de ce qu'il s'était accoutumé à considérer comme un incident sans grande importance de sa jeunesse, et qui répondait très exactement, pensait-il, au pronostic porté par Michon. Mais, vers le mois de mai 1887 et sans que sa santé ait été troublée en quelque façon que ce fût, notre malade constata l'existence d'une petite tumeur ovoïde, siégeant exactement au

niveau de la région épigastrique, et qui resta indolente et stationnaire pendant six semaines environ. Elle augmenta ensuite de volume, et ce fût au mois d'octobre de cette même année que je fus appelé à l'observer.

Jusqu'alors les digestions étaient restées bonnes, et le malade n'éprouvait d'autre gêne qu'un sentiment de plénitude à la fin des repas, qui l'obligeait à relâcher quelque peu ses vêtements.

A mon premier examen, je constatai l'existence d'une tumeur du volume d'une orange moyenne, située au-dessous de l'appendice xiphoïde, occupant exactement la ligne médiane et l'écartement des deux muscles droits. La peau, à son niveau, était amincie et un peu vascularisée. La tumeur était molle, fluctuante, partiellement réductible, se tendant fortement sous les efforts respiratoires un peu violents (effort, toux, etc.). Elle donnait la sensation du reste d'une collection très superficielle, absolument sous-cutanée.

Je ne constatai aucun déplacement des organes voisins; le foie était à sa place, ne débordait point les fausses côtes; la matité de la région n'était accrue que de très peu, et ne pouvait faire soupçonner en tout cas les désordres profonds que l'incision devait faire constater. Le diagnostic ne pouvait guère laisser de doute, en raison des renseignements fournis par le malade et de l'excellent état de sa santé. Je décidai pourtant de pratiquer une ponction exploratrice avec un trocart fin de l'appareil de Potain avant de procéder à une intervention plus active. La ponction ne donna point issue à un liquide quelconque; mais quelques débris raménés par la canule démontrèrent qu'il s'agissait d'un kyste hydatique sans liquide. Quelques jours après cette exploration, le 26 novembre 1887, j'ouvris la poche aussi largement que possible, en incisant dans toute sa hauteur la tumeur épigastrique. Je n'avais d'autre but que d'évacuer le contenu de la tumeur, de laver sa cavité avec la solution de sublimé au millième et d'obtenir son oblitération graduelle. Comme le contenu du kyste était sous-cutané, sans aucun doute, il existait une perforation de la poche qui le renfermait primitivement; d'autre part, cette perforation ne s'était accomplie qu'à la suite de la formation d'adhérences très intimes; je ne pris donc aucune des précautions qui sont usitées lorsque l'on doit agir sur un kyste libre.

L'événement justifia mes prévisions; je constatai l'existence d'une perforation de la ligne blanche de 3 à 4 centimètres au moins, et, adhérent à son pourtour, une membrane kystique extrêmement dense, de 2 millimètres d'épaisseur au moins, et que je tentai vainement de décoller dans une certaine étendue qui me permit de la fixer à la peau par des sutures. Force me fût de laisser les choses dans l'état, ce dont je ne conçus du reste aucune

inquiétude pour le moment. Par mon incision s'écoula d'abord, avec assez de facilité, une sorte de bouillie épaisse, assez transparente pourtant, et ressemblant à une solution de gélatine très concentrée. La consistance était celle de la colle de farine un peu claire.

Cette substance s'écoula d'abord assez facilement, puis comme il existait des parties plus consistantes, je dus les délayer en quelque sorte au moyen de la solution de sublimé que j'injectais dans la poche. L'évacuation fût loin d'être facile; enfin, les injections et le malade très intelligent et très docile aidant par des efforts respiratoires, je pus retirer une quantité de bouillie hydatique que je ne puis évaluer à moins de deux litres.

Il restait une vaste cavité située immédiatement au-dessous du diaphragme, dans laquelle j'introduisis un volumineux drain de caoutchouc rouge, jusqu'à une profondeur de 25 centimètres. J'étais médiocrement rassuré sur le sort du malade portant entre le foie et le diaphragme une cavité kystique à paroi aussi résistante et d'une telle capacité.

Des lavages antiseptiques furent institués; de dévoués confrères surveillèrent la marche de la maladie avec le plus grand soin; et, après divers accidents souvent attribuables à des lavages insuffisants, la poche se rétrécit graduellement. La guérison demanda un an à s'effectuer; elle était complète le 20 novembre 1888.

Un fait que je dois signaler, c'est que les premiers lavages expulsèrent un grand nombre d'hydatides complètes, nullement altérées et en pleine évolution. Ces vésicules étaient certainement voisines de la membrane kystique; peut-être même lui étaient-elles adhérentes, puisqu'elles ne furent expulsées que progressivement et au moyen de lavages renouvelés plusieurs fois par jour, qui durent être si longtemps pratiqués.

Le malade, aujourd'hui âgé de 68 ans, a été depuis quelques mois revu par moi, plusieurs fois, en excellent état de santé.

J'ai écourté les péripéties diverses qui se sont montrées au cours de ce long traitement, ainsi que les phases par lesquelles a passé la cavité pour arriver à la cicatrisation. Les longs détails dans lesquels il faudrait entrer à ce sujet n'ont rien de particulièrement intéressant, et sont de ceux que tout clinicien se pourra représenter facilement. Aucun phénomène particulièrement digne d'être mentionné n'est survenu pendant tout le cours du traitement.

M. RECLUS. J'ai opéré deux kystes du foie. Dans l'un d'eux, on avait diagnostiqué, avant mon intervention, une pleurésie purulente. Dans les cas où il n'y a pas urgence, je suis assez partisan du pro-

cédé de Volkmann (ouverture en deux temps) qui met plus sûrement à l'abri de la pénétration du liquide septique dans le péritoine.

M. P. SECONDE. Je n'ai que peu de mots à répondre à ceux de nos collègues qui ont bien voulu prendre part à cette discussion. Les observations instructives qu'ils ont citées et les opinions qu'ils ont formulées sont en effet la confirmation des conclusions générales que je vous ai soumises. A vrai dire, les limites primitives de notre discussion ont été quelque peu reculées; mais je ne veux pas abuser de votre attention en m'éloignant à mon tour des quelques considérations visées par mon rapport. Je désire toutefois confirmer deux observations de M. Tillaux et de M. Schwartz.

Sur 12 cas de kystes hydatiques que j'ai soigneusement examinés, je n'ai rencontré qu'une seule fois le frémissement hydatique, et ce cas particulier vient à l'appui de la remarque de M. Tillaux: le kyste contenait peu de liquide et un grand nombre de vésicules. Quant à l'observation de M. Schwartz sur la nécessité de réformer l'extrait de baptême du symptôme rappelé par M. Pozzi sous le nom de signe de Pawlik, je tiens à la souligner. Il y a pour mon compte plus de dix ans que mon maître, M. Guyon, m'a montré la valeur de ce signe. M. Schwartz le connaît depuis qu'il a été l'interne de M. Tillaux, et M. Guyon comme M. Tillaux tenaient cet enseignement de leurs propres maîtres. Bref, le signe en question est depuis beau temps classique, et Pawlik ne possède sur lui aucun droit de paternité.

Ceci dit, j'en reviens aux principales considérations que je vous ai soumises à propos des deux observations de M. Leprevost. Dans mon rapport, je n'ai pas voulu revenir sur les mérites indiscutables de l'incision large dans le traitement des kystes hydatiques du foie ou de la rate. M. Richelot a repris tout à l'heure ce côté du sujet. Mais il me semble qu'il s'agit là d'une question jugée. Pour la plupart d'entre nous, l'incision large est la méthode de choix, et nous savons tous qu'elle est à la fois sûre, vraiment curative et non dangereuse. Aussi bien mon but a-t-il été plus limité.

Il m'a paru qu'il se faisait, dans le monde médical tout au moins, une sorte de retour vers le traitement des kystes par la ponction aspiratrice, et, de fait, plus d'une communication récente le démontre; les plus sérieux efforts sont tentés pour généraliser de plus en plus l'emploi des ponctions aspiratrices plus ou moins perfectionnées et restreindre d'autant les indications de l'intervention chirurgicale proprement dite. Les tentatives d'empiètement du traitement dit médical sur l'intervention chirurgicale sont-elles

légitimes ? Je ne le pense pas, et c'est à la remise au point de cette importante question que je me suis particulièrement attaché.

Pour ce faire, j'ai dû rappeler quelques vérités qu'on s'étonne de voir oublier ou méconnaître, en insistant une fois de plus sur les difficultés ou les dangers du traitement dit médical, sur les désordres irréparables que dissimule trop souvent la prétendue guérison des kystes traités par ponction et sur les graves conséquences de la trop grande temporisation ou du traitement par les ponctions trop répétées. Je n'ai plus à développer ces trois chefs d'accusation. Leur justesse vient de trouver une confirmation nouvelle dans les observations si instructives et si probantes qui nous ont été successivement communiquées par MM. Terrillon, Terrier, Lucas-Championnière, Quenu, Richelot, Delens, Reclus et Bouilly.

Il est bien quelques points de détail qui mériteraient plus ample discussion. Tels sont, par exemple, les avantages comparés de l'incision en un seul temps ou de l'incision en deux temps dont M. Lucas-Championnière m'a reproché d'avoir un peu trop médité. Je ne crois pas nécessaire de revenir longuement sur ces questions d'ordre secondaire. Je ne conteste pas les avantages possibles de l'incision en deux temps lorsqu'il n'y a pas urgence, lorsque le kyste n'est pas, en un mot, suppuré; mais, dans le cas inverse, je demeure toujours partisan de l'incision en un seul temps. Elle donne tous les avantages d'une évacuation rapide et complète de la poche, et l'extrême benignité de l'intervention n'est pas contestable. Du reste, je dois dire que je suis très porté à généraliser cette manière de faire, et qu'il s'agisse d'évacuer le pus d'un kyste viscéral, d'ouvrir l'estomac d'un sujet qui meurt de faim ou d'inciser l'intestin d'un malade qui va périr d'obstruction, j'estime que l'intervention la plus rapide est la meilleure, et partant, toutes les fois que je le puis, je donne la préférence à la méthode en un temps; mais, encore une fois, ce sont là des questions secondaires, et notre entente sur la meilleure conduite à suivre dans le traitement des kystes du foie n'en reste pas moins formelle.

Le moment est, je crois, bien choisi pour affirmer de nouveau nos convictions à cet égard et pour dire très haut que les efforts récemment tentés pour réhabiliter le traitement dit médical des kystes du foie laissent intacte la doctrine à laquelle nous nous sommes ralliés. En présence d'un kyste non suppuré du foie ou de la rate, nous ne contestons pas qu'il faille d'abord recourir à la ponction aspiratrice partielle ou totale suivie ou non d'injection ou de lavage. Cette ponction assure le diagnostic, et nous reconnaissons qu'elle peut amener la guérison. Mais, par contre, nous estimons qu'il ne convient pas de répéter indéfiniment cette ma-

nœuvre et de l'appliquer à tous les cas. Le seul précepte qui soit à nos yeux formel, c'est qu'il faut opérer de bonne heure, sans perdre son temps à poursuivre les bénéfices illusoire des ponctions successives, et surtout sans attendre que l'évolution du mal ne conduise à des désordres viscéraux incurables et trop souvent mortels.

Rapport

Sur un mémoire de M. le Dr Tuffier, intitulé : « Ectopie testiculaire simple ou compliquée de hernie congénitale ; son traitement par la céloraphie. »

Rapport par M. J. L.-CHAMPIONNIÈRE.

M. le Dr Tuffier vous a présenté quelques opérés en vous lisant un court mémoire sur ce sujet. M. Tuffier a cherché à combattre l'ectopie testiculaire inguinale en entraînant le testicule dans la bourse, par une série de tractions, en sorte de massage du testicule et du cordon. Puis le testicule étant abaissé par ces manœuvres, il l'a fixé dans les bourses en faisant quelques points de suture au catgut à travers l'albuginée. Il a constitué au fond des bourses une adhérence destinée à lutter contre la tendance au retrait du testicule vers l'abdomen. Il a réussi dans une mesure satisfaisante. De ce mémoire fort intéressant, je retiens quelques points sur lesquels j'ai l'intention d'insister. M. Tuffier pense que l'on n'a pas fait antérieurement à lui d'essais de ce genre, et cite seulement une observation dans laquelle, au cours d'une opération de hernie, j'aurais abaissé le testicule en ectopie. Il ajoute même qu'il n'y aurait pas lieu de chercher à abaisser le testicule resté dans l'abdomen.

Cependant, l'opération que j'ai faite le 26 octobre 1887 ne visait la hernie qu'accessoirement. Je vous ai relaté le fait dans une discussion sur la hernie congénitale. J'avais à faire à un cryptorchide dont un testicule s'engageait quelquefois avec de vives douleurs dans le canal ; l'autre ne s'engageait pas. Par des pressions violentes sur le ventre, je réussis à le faire saillir dans le canal, à l'attirer dans les bourses, après avoir sectionné tout ce qui n'était ni le canal déférent ni l'artère spermatique. Je le laissai au fond des bourses et je fis la cure radicale de la hernie. J'opérai l'autre côté de la même façon ; j'ai eu l'honneur de communiquer le fait à la Société de chirurgie, comme une opération faite pour cryptorchidie.

Je puis ajouter aujourd'hui que le malade ayant été revu au bout de plus d'un an, j'ai trouvé les deux testicules ayant une grande tendance à remonter vers la racine de la verge. Le droit s'est développé, le gauche est resté quelque peu atrophie, quoique sensible. L'enfant, très chétif jusque-là, a pris un développement considérable, au point d'être méconnaissable; les hernies restent bien guéries. L'avenir nous apprendra tout ce que peut donner une observation physiologique de cet intérêt. Mais, pour l'instant, la conception et le succès de l'opération sont démontrés, et je crois que, sur la priorité, il n'y a aucun doute possible. J'ai, le premier, fait et publié ici une opération de ce genre, et je crois les essais d'autres chirurgiens bien rares.

L'opération de M. Tuffier, du reste, est plus simple que la mienne; je la crois aussi moins complète, et, après d'autres opérations du même genre, je crois qu'elle n'est applicable qu'à des cas où le malade est singulièrement facile à guérir.

M. Tuffier a fait des expériences intéressantes, des opérations sur les animaux, pour voir si la fixation du testicule ne faisait pas courir de risques à cet organe. Ces expériences paraissent très démonstratives, les testicules fixés antiseptiquement n'ayant pas été altérés. Je crois pourtant que ces expériences n'étaient pas indispensables; tous ceux qui ont fait beaucoup de cures radicales de hernie peuvent certifier l'extraordinaire facilité avec laquelle le testicule supporte les traumatismes et décollements de toutes sortes.

M. Tuffier se demande s'il ne pourrait pas, en cas de nécessité, sectionner circulairement toutes les fibres du crémaster; l'expérience est faite, je l'ai faite plusieurs fois, et dans un cas en particulier, le 12 avril 1888, en traitant un jeune homme dont le testicule imparfaitement descendu était fort douloureux.

Ce qui est remarquable dans l'opération proposée par M. Tuffier, c'est la suite des tractions sur le testicule, manœuvre préalable pour abaisser le testicule dans les bourses. Elle paraît lui avoir fort bien réussi dans les deux observations qu'il rapporte: la première sur un enfant de 9 ans, la deuxième sur un enfant de 2 ans. Ce point mérite d'appeler l'attention, car, dans les cas que j'ai observés, le testicule était relevé vers l'abdomen par des adhérences tellement solides qu'on ne pouvait admettre qu'elles puissent être vaincues par le massage en question. Dans mon opération pour la descente imparfaite du testicule, j'ai eu de grandes peines à détruire les adhérences, et, après un an, le résultat ne s'était pas maintenu complet.

Cela peut nous amener à penser que les cas où on peut abaisser ainsi le testicule, ce sont ceux où il n'est pas très solidement fixé

en haut. De ces cas, il y en a où il descend plus tard, d'autres où il adopte sa situation irrégulière.

Cependant, et tout en faisant cette réserve sur cette manœuvre, je crois qu'elle mérite d'être sérieusement expérimentée dans les cas où on cherchera à guérir l'ectopie testiculaire.

M. Tuffier conclut que certaines ectopies testiculaires sont justiciables de l'intervention chirurgicale.

Les piqûres aseptiques des testicules (albuginée et parenchyme) ne présentent aucun danger.

Les indications opératoires sont les suivantes :

Testicule en ectopie inguinale chez un enfant qui atteint la puberté sans que les glandes aient une tendance naturelle à descendre. — Ectopie inguinale compliquée de hernie avec impossibilité de maintenir la hernie réduite, même avec un bandage approprié, sans réduire en même temps le testicule.

L'opération nécessite la descente préalable du testicule par des manœuvres mécaniques. Si elles étaient insuffisantes, il faudrait aller disséquer le cordon et faire descendre la glande de vive force.

Le testicule descendu, on fait la céloraphie : suture du testicule au fond des bourses au moyen de fils de catgut fins, traversant le scrotum et autant que possible l'albuginée seule ; deux à trois fils suffisent.

La suture enchevillée sur un gros catgut est parfaitement aseptique. Pansement iodoformé et collodion.

Si l'ectopie du testicule était due aux contractions du crémaster, on pourrait sectionner le crémaster dans l'anneau.

Les conclusions de M. Tuffier nous paraissent légitimes, à quelques observations près.

Je crois qu'on doit éviter d'opérer les très jeunes enfants, la descente du testicule pouvant se produire très naturellement.

De plus, sur un enfant atteint de hernie avec ectopie testiculaire, il n'y a pas lieu d'hésiter pour opérer la hernie en même temps que l'on voudra déplacer le testicule. Je crois que c'est en cela que consiste la supériorité des opérations que j'avais faites antérieurement dans le même but.

En revanche, dans les opérations que je ferai dans l'avenir, je suis tout disposé à adopter son procédé d'abaissement préalable du testicule par les tractions. On aurait peut-être lieu de faciliter beaucoup ainsi l'opération.

Messieurs, j'ai résumé les points principaux d'un court mémoire de M. Tuffier et donné ses conclusions. J'ajouterai à ce rapport le résumé des observations qu'il nous a communiquées et vous demande en conclusion d'adresser des remerciements à l'auteur en

déposant son mémoire dans nos archives et de publier le résumé de ses observations.

Communications.

Kyste sous-péritonéal probablement d'origine ovarique, par le D^r HEURTAUX (de Nantes), membre correspondant. (Résumé.)

Le kyste occupait toute la zone sous-péritonéale, à droite, du bassin au bord postérieur du foie, rejetant l'intestin gros et petit vers la gauche. Il n'appartenait pas au ligament large; la nature du liquide visqueux, brun chocolat, éloignait le siège dans le mésocolon; l'ovaire était sain. S'agissait-il d'un ovaire supplémentaire? L'hypothèse ne peut être démontrée.

Observation. — Femme, 25 ans, deux enfants, tumeur liquide, fluctuante, séparée de la paroi par une anse d'intestin sur une partie de son étendue, non mobile. Opération le 23 juin 1887; la tumeur ponctionnée est placée dans le péritoine, déplace à gauche le cæcum et les côlons ascendant et transverse; sa base est en arrière. On enlève un lambeau antérieur du péritoine et on énuclée, on dissèque, surtout avec le thermo-cautère, le kyste très adhérent, en particulier à la veine cave inférieure et au foie, ainsi qu'un ligament large. Vaisseaux veineux très volumineux.

Drains. Pansement antiseptique. Durée 2 heures un quart, l'intestin hors du ventre pendant une heure un quart environ. Symptômes péritonéaux et diarrhée profuse du 3^e au 5^e jour, se renouvelant le 15^e avec des évacuations répétées; fièvre le soir. Le 66^e jour expulsion d'un fœtus de trois mois, macéré et flasque; depuis guérison qui s'est maintenue.

Remarques. — La disposition apparente de la tumeur s'écarterait des conditions habituelles des kystes ovariens et rendait le diagnostic difficile. Il est possible que le kyste soit né dans le mésocolon ascendant, mais plus probablement dans le ligament large, étant donnée la nature du liquide et de sa paroi. Rejetant une tumeur de nature ovarienne, l'ovaire et la trompe étant sains et libres, on a finalement conclu à un kyste d'ovaire surnuméraire, développé derrière le péritoine postérieur, fait rare, et disposition qui accroît singulièrement les difficultés de l'extirpation.

Pyélo-néphrite, phlegmon périnéphrétique, fistule rénale; néphrectomie, guérison, par le D^r HEURTAUX (de Nantes). (Résumé.)

Observation. — Homme, 21 ans, sans hérédité morbide, ni antécédents morbides; pyélo-néphrite datant de 3 ans, phlegmon périnéphrétique.

tique gauche ouvert par M. Schwartz; guérison qui dure deux ans et demie, mais pus dans les urines. Ouverture de la cicatrice, fistules donnant urine et pus fétide en quantité; le stylet, l'exploration du sang ne donnent aucun renseignement. Urine 750 à 1,150 grammes, vessie saine, cystite légère, fièvre persistante, émaciation extrême.

Opération. — Elle est rendue très difficile par ses adhérences au rein, adhérences tellement intimes, surtout avec le diaphragme, qu'une partie de ce muscle est arrachée et que l'air pénètre dans la plèvre; mais, en somme, elle s'achève sans accident. L'organe, criblé de kystes, pèse 210 grammes.

Dans la soirée, bruit et clapotage très intense au niveau du cœur et de la région intérieure de la plèvre gauche; il disparaît au bout de quelques jours. L'urine, d'abord un peu rare, revient à la normale au bout de quelques jours, et se maintient entre 1,200 et 1,500 grammes; la guérison est complète au bout d'un mois, et depuis ce temps le sujet jouit d'une bonne santé.

M. Heurtaux fait remarquer que la cause et la nature de la pyélo-néphrite restent de nature douteuse. Il insiste sur le frémissement analogue au thrill et sur le bruit de moulin, résultat d'une introduction d'air dans la plèvre. Le dernier bruit n'est donc aucunement pathognomonique des lésions cardiaques et péricardiques.

Présentation de pièce.

Gros calcul vésical chez un vieillard de 80 ans. Taille hypogastrique. Suture complète de la vessie. Drainage pré-vésical. Guérison.

Par M. S. Pozzi.

Ce calcul, de forme ovoïde et aplatie, à surface très mamelonnée, offre les dimensions suivantes, mesurées au compas d'épaisseur: longueur, 9 centimètres; largeur, 6 centimètres et demi; épaisseur, 4 centimètres et demi.

La question de la suture complète de la vessie après la taille hypogastrique est actuellement à l'ordre du jour.

Une pareille conduite offre les avantages suivants: rapidité de la guérison; possibilité de faire lever le malade dès les premiers jours, et d'éviter ainsi la congestion hypostatique, si fréquente chez les vieillards; enfin cicatrice abdominale solide, exempte du point faible qui succède à la guérison après fistulisation préalable.

Les dangers qui ont fait hésiter à faire l'occlusion complète de la vessie sont, en première ligne, la crainte de l'infiltration d'urine qui pourrait se produire si la plaie vésicale redevenait béante

sous les téguments suturés. En second lieu, la difficulté d'assurer l'évacuation complète du réservoir urinaire sans provoquer en même temps ou sans exaspérer son inflammation par le séjour d'une sonde à demeure.

Je crois qu'on peut supprimer à peu près complètement ces deux objections par les précautions suivantes : 1° interposition d'un gros drain entre la suture complète de la vessie et celle des parois abdominales, de telle sorte que si la suture vésicale manque en totalité ou en partie, l'évacuation de l'urine se trouve assurée par cette soupape de sûreté ; 2° cathétérisme fréquent répété pendant 15 jours au moins toutes les trois heures, jour et nuit.

Grâce à ces précautions, j'ai pu obtenir un succès remarquable dans un cas où l'âge du sujet et la difficulté de l'opération (énorme calcul adhérent) avait déjà fait hésiter un habile chirurgien. S'il s'est produit un léger *incident*, plutôt qu'un *accident*, il est dû à une négligence avérée dans les soins consécutifs, à l'omission du cathétérisme pendant la nuit. Mais il n'a altéré en rien le résultat qui peut se résumer ainsi : guérison, pour ainsi dire immédiate, permettant au malade de se lever le sixième jour et de partir pour un long voyage au bout de trois semaines avec une cicatrice résistante et une simple fistulette qui a été totalement tarie huit semaines après le jour de l'opération.

Voici le résumé de l'observation :

M. L..., prêtre des environs de Saint-Omer, âgé de 80 ans, très vigoureux. Depuis six ans, il présente des signes de calculs vésicaux : envies fréquentes d'uriner (le malade doit se lever cinq à six fois par nuit), dysurie, douleurs gravatives, avec retentissement au bout de la verge, rendant toute marche impossible ; léger catarrhe vésical. Il n'y a eu qu'une seule hématurie, il y a six ans, après un voyage.

Il a été sondé, il y a deux ans et demi ; on a reconnu une pierre peu mobile.

Je le vois dans les premiers jours d'octobre 1888. L'exploration me révèle une pierre très volumineuse et immobile au fond de la vessie. Il y a un peu de catarrhe vésical, et la vessie est petite ; la région rénale n'est pas douloureuse, et d'après l'examen de l'urine, les reins paraissent sains.

Opération le 5 novembre 1888. Taille hypogastrique.

La vessie est ouverte dans une étendue suffisante pour l'introduction de l'index. Le doigt explore alors la cavité vésicale et constate que le calcul est très adhérent au fond de l'organe et qu'il offre un volume considérable. Une tenette largement fenêtrée, comme une pince à faux germe, est alors introduite, saisit le calcul et l'attire vers l'incision vésicale. Celle-ci, trop petite pour lui livrer passage, est agrandie aux ciseaux sur la tenette, de façon à ce que le calcul puisse la traverser avec un certain effort et en sollicitant son élasticité. On a

ainsi la plus petite ouverture possible de la vessie. Il faut détacher avec l'index les adhérences assez fortes du calcul à la vessie en déprimant celle-ci et faisant basculer progressivement celui-là.

La suture de la vessie est faite de la façon suivante: un surjet au catgut réunit les lèvres de la plaie très près de leur bord, mais sans piquer la muqueuse. Une seconde suture à points séparés très rapprochés, également au catgut, mais plus fort, est placée à quelques millimètres au-dessus de la première et adosse les parois vésicales à la manière de la suture de Lembert. Par-dessus, les parois abdominales sont refermées selon le procédé qui m'est habituel: Suture perdue du plan musculo-aponévrotique au catgut, suture à points séparés de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané avec la soie. Avant de terminer la suture abdominale, un gros drain est placé à l'angle inférieur de la plaie *au devant de la vessie totalement suturée*. Il a pour but d'assurer l'évacuation du suintement sanguin assez abondant provenant des plexus veineux qui ont été blessés. De plus, si la suture vésicale vient à manquer en totalité ou en partie, il évitera l'infiltration d'urine, et le chirurgien sera immédiatement averti. L'opération terminée, grands lavages boriqués de la vessie.

On ne place pas de sonde à demeure; mais le cathétérisme devra être fait très régulièrement toutes les trois heures. Ce point est capital.

Le malade se lève à partir du cinquième jour, durant une heure.

Le septième jour matin, on voit apparaître quelques gouttes d'urine par le drain; on s'informe alors, et on apprend que l'on a négligé de sonder le malade depuis deux nuits, malgré les recommandations les plus expresses.

Depuis ce moment, une *très petite* quantité d'urine, qu'on peut évaluer à 1 ou 2 cuillerées, souille de *temps en temps* le pansement. Chose curieuse, l'injection boriquée, avec laquelle on distend la vessie pour la laver chaque jour, ne donne lieu qu'à un suintement insignifiant. Il est évident que le pertuis vésical est très petit. Aucun signe d'inflammation ou d'infiltration au niveau de la plaie abdominale qui est parfaitement réunie.

Les jours suivants, le malade continue à se lever; bientôt il demeure hors du lit toute la journée, et le dixième jour il faisait quelques pas dans sa chambre. Le quinzième jour, on lui permet d'uriner seul, ce qu'il fait facilement; le catarrhe vésical a un peu augmenté, et l'on fait chaque soir deux injections boriquées pour le combattre.

Au bout de trois semaines, l'opéré, en parfait état, retournait à Saint-Omer. Sa fistulette, où l'on a maintenu un drain du plus petit calibre, donne à peine quelques gouttes. Après une légère inflammation, due, sans doute, à la fatigue du voyage, elle était complètement et définitivement oblitérée deux mois après l'opération. L'opéré jouit depuis d'une parfaite santé. J'ai reçu de ses nouvelles ces derniers jours; il peut faire sans difficulté plusieurs kilomètres à pied.

Discussion.

M. P. SECOND. Le beau résultat que M. Pozzi vient de nous

faire connaître est à rapprocher de celui que M. Lucas-Championnière a récemment obtenu dans des conditions analogues, et les faits de cet ordre sont d'autant plus intéressants que les succès de la suture complète de la vessie, après taille hypogastrique, sont encore très rares. Chez son opéré, M. Pozzi a eu recours au cathétérisme intermittent pour assurer la réussite de son intervention. Cette pratique est très recommandable lorsqu'elle est possible. Mais il est bon d'observer que nombre de circonstances provenant du malade ou de son entourage peuvent exiger l'emploi de la sonde à demeure. Or, dans ces dernières conditions, je crois que les sondes dont nous faisons habituellement usage sont incapables d'assurer le drainage de la vessie. Il suffit, en effet, que l'extrémité de ces sondes pénètre un peu plus qu'il ne faut dans l'intérieur de la vessie pour que l'urine stagne dans le bas-fond et que la réussite de la suture se trouve ainsi très compromise. Pour obvier à cet inconvénient, j'ai fait construire par M. Collin des sondes qui peuvent, à mon avis, rendre grand service, et je saisis cette occasion de vous les faire connaître.

Leur extrémité terminale est, dans une étendue de plusieurs centimètres, munie de fentes allongées qui empiètent les unes sur les autres. Ainsi construites et fenêtrées, leur degré de pénétration intra-vésicale importe peu. Quel qu'il soit, on est toujours sûr qu'il existe au ras du col un orifice d'écoulement. L'assèchement du bas-fond est dès lors assuré, et l'une des conditions les plus indispensables au succès de la suture vésicale se trouve ainsi réalisée.

Présentation de pièce.

Grossesse extra-utérine. Ablation totale. Guérison.

Par M. QUÉNU.

M. RECLUS. Je présente à la Société un kyste foetal dont j'ai pratiqué l'ablation dans le service de M. Terrier, à l'hôpital Bichat, le 5 avril. Il s'agit vraisemblablement d'une grossesse tubaire. Voici l'histoire de la malade telle qu'elle nous a été remise par l'interne de service, M. Mantié¹.

M^{me} G..., âgée de 34 ans, a été réglée à l'âge de 14 ans; la menstruation a toujours été irrégulière, et dans sa durée et dans les époques d'apparition. Elle s'est mariée à 26 ans. L'année suivante, en 1882, elle

(1) M. Mantié publiera dans les *Bulletins de la Société anatomique* la description détaillée de la pièce.

a fait une fausse-couche de six semaines. Il n'en est résulté aucun trouble pour la santé générale.

En février 1887, à la suite d'un froid, M^{me} G... fut prise d'un malaise subit coïncidant avec une suppression des règles.

Au mois de mai 1887, les époques qui s'étaient montrées en mars et avril se supprimèrent. Un médecin appelé diagnostiqua une grossesse. Quinze jours après, la malade fut prise d'hémorrhagies utérines, qui se reproduisirent chaque jour pendant trois semaines sans aucune douleur. Le ventre augmenta progressivement de volume. La malade affirma avoir senti remuer en octobre. Pendant les six premiers mois de sa grossesse, elle perdit d'une manière à peu près constante un liquide roussâtre blanc sanguinolent. Alors les pertes s'arrêtèrent pour ne plus se reproduire. Albuminurie notable à partir du sixième mois. Au huitième mois, il y eut de l'anasarque; la malade fut soumise au régime lacté.

Au neuvième mois (6 mars 1888), il se déclara un faux travail qui dura douze heures : il y eut perte de sang et de caillots; dès le lendemain, les mouvements de l'enfant ne furent plus ressentis; le surlendemain, la sécrétion lactée s'établit pour cesser bientôt, et peu à peu le ventre commença à diminuer de volume.

Depuis lors, la santé générale s'est rétablie; nous n'avons relevé que quelques très rares douleurs de ventre et quelques troubles passagers de la miction.

Au commencement de mars, M^{me} G... m'est adressée par mon ami le Dr de Lagarce, de Puteaux. Je la fais entrer dans le service de mon maître et ami, M. Terrier, le 18 mars 1888. Pas de vergeture sur le ventre; on sent en le palpant une tumeur volumineuse étendue transversalement au-dessus du pubis d'une fosse iliaque à l'autre; cette tumeur est irrégulière comme partagée en deux par un sillon peu profond, dure, non mobile, non douloureuse; elle ne remonte pas jusqu'à l'ombilic.

Au toucher vaginal, la face antérieure du vagin est déprimée par la tumeur qu'on perçoit nettement derrière le pubis.

Le col de l'utérus est un col de nullipare; l'utérus est rejeté en arrière et immobilisé.

La vessie, aplatie par la tumeur, est située tout entière entre celle-ci et le vagin.

Le toucher rectal ne donne aucun renseignement supplémentaire.

L'examen au spéculum et le cathétérisme utérin devant être douloureux et difficiles n'ont pas été pratiqués.

Le diagnostic de grossesse extra-utérine fut nettement posé, et l'opération décidée pour le 5 avril.

L'opération a été pratiquée avec l'assistance de M. Terrier. Une incision est faite sur la ligne médiane et dépasse l'ombilic; nous trouvons au-devant de la tumeur le grand épiploon rouge et enflammé; l'intestin ayant été relevé, nous pouvons avec la main introduite dans le ventre contenir la tumeur et reconnaître que du côté droit elle est libre d'adhérences.

J'agrandis alors l'incision abdominale, et je puis amener au dehors l'extrémité droite. Quant à la plus grande partie de la masse, elle adhère en arrière au rectum et au plancher pelvien, et elle est recouverte en partie par le ligament large. Je décolle peu à peu les adhérences, coupe entre deux pinces un large pédicule situé à gauche (ligament large) et finis par détacher tout le kyste. Deux ou trois débris du ligament large sont liés, deux ligatures en chaîne sont mises sur le pédicule, et deux points de suture au catgut réparent une petite déchirure incomplète de la paroi rectale. Le grand épiploon est en partie réséquée.

L'ovaire et la trompe du côté droit sont kystiques; l'ablation en est faite. Pendant les manœuvres d'extirpation, le kyste fœtal s'est déchiré en deux ou trois points; du sang noir s'est échappé de ces ruptures, en outre la large surface d'adhérence laisse suinter du liquide sanguinolent. Pour toutes ces raisons, je place un gros drain entre l'utérus et le rectum. La malade a un peu vomi le lendemain.

Son état est actuellement excellent; la température n'a pas dépassé 37°, et le ventre est plat et indolent. Le pansement très humecté par l'écoulement séro-sanguinolent du drain a été refait le 9 avril.

En résumé, il s'agit d'une grossesse tubaire datant de treize mois (à compter du faux travail) traitée par l'ablation totale du kyste fœtal. Des cas analogues ne sont pas très communs: Maygrier, dans sa thèse récente d'agrégation, n'en a rassemblé que sept. Nous insisterons tout particulièrement sur ce point, c'est que de telles tumeurs se comportent en somme, au point de vue de leurs connexions, comme les tumeurs de la trompe, comme les salpingites; comme elles, elles se développent en partie dans le ligament large, et prennent leurs adhérences tout spécialement dans le cul-de-sac recto-utérin; elles doivent être traitées chirurgicalement de la même manière.

Nous remarquerons encore que les adhérences de la surface externe du kyste fœtal aux parties voisines manquaient presque totalement au niveau du corps de l'enfant, et qu'elles étaient développées particulièrement au niveau du placenta.

Le 17 avril, la malade va aussi bien que possible.

Présentation de malade.

M. TH. ANGER présente un malade atteint d'adéno-lymphocèle probable du cou et de l'aisselle.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,

S. POZZI.

Séance du 17 avril 1889.

Présidence de M. HORTELOUP.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*, par S. HENRY THOMPSON, traduites par le D^r ROBERT JAMIN (offert par l'auteur) ;

3° *Nouveaux Éléments de petite chirurgie*, par le D^r CHAVASSE (2^e édition) ;

4° *De l'Albuminurie consécutive aux inhalations chloroformiques*, par le D^r PATEIN.

Suite de la discussion sur la célorrhaphie.

M. MONOD. J'ai eu l'occasion de faire une opération l'an dernier pour un testicule flottant retenu au voisinage de l'anneau inguinal externe ; une première fois, le testicule m'échappa au moment de l'opération ; dans une seconde séance, pour l'empêcher de fuir, je dus le transpercer avec un fil de catgut. Je le fixai difficilement dans une sorte de loge ménagée dans le scrotum, et, quelque temps après l'opération, il était situé à la racine de la verge, en dehors du canal inguinal.

Il y a eu, avant le fait de M. J. L.-Championnière, des cas de fixation du testicule faits à l'étranger. En laissant de côté celui de Wood¹, fait sur un adulte, il y a celui de Max Schüller², publié en 1881 dans le *Centralblatt f. Chirurgie*, où il insiste beaucoup sur la nécessité de libérer l'organe. Nicoladoni³, en 1884, a publié

¹ WOOD, *Lancet*, 1880, t. I, p. 681.

² MAX SCHÜLLER, *Centralblatt f. Chirurgie*, 1881, p. 1881, p. 819.

³ NICOLADONI, *Arch. f. klinische Chirurgie*, 1884, t. XXXI, p. 180.

un cas. Un cas de Belfield¹, en 1887; un de Hardie² (de Manchester), en 1888, ont été publiés depuis qu'a paru mon *Traité des maladies du testicule*, fait en collaboration avec M. Terrillon.

Les cas où l'on peut faire cette opération sont ceux d'ectopie abdominale iliaque ou inguinale. L'âge des malades est important: il y a des cas de migration tardive où, de 12 à 16 ans, le testicule se décide pourtant à franchir l'anneau. On doit donc attendre cette époque. Plus tard, et surtout à l'âge adulte, il n'y a pas à aller rechercher un testicule atrophie. C'est donc de 15 à 19 ans qu'on doit faire ces tentatives. S'il y a en même temps hernie, deux cas peuvent se présenter: 1° il est possible de supporter un bandage intermédiaire, ne gênant pas le maintien du testicule; 2° il est impossible de maintenir la hernie sans comprimer le testicule. Dans le premier cas, on doit se contenter du bandage. Dans le deuxième cas, on a conseillé à tort de refouler le testicule avec l'intestin dans le ventre. Je serais plus hardi maintenant que dans mon livre, où ce chapitre a été écrit il y a deux ans. Il est permis de faire à la fois la cure radicale de la hernie et la fixation du testicule.

Cela est surtout indiqué si la lésion est bilatérale et doit aboutir à l'infécondité. Dans ces limites, la fixation du testicule est une bonne opération.

M. BERGER. J'ajouterai une indication bibliographique: Wood, l'an dernier, dans le *British medical Journal*, rapporte 6 observations de cure radicale avec fixation du testicule; il insiste sur les difficultés dues à la brièveté du cordon; il a, pour y remédier, détaché l'épididyme du testicule, ce qui lui a permis de l'allonger par une inversion artificielle.

A propos du retard dans la descente du testicule, il y a une remarque à faire. Chez certains enfants, le testicule, d'abord apparent, finit par se retirer de plus en plus par une rétrocession progressive.

Quant au traitement par les bandages, il y a souvent une très grande difficulté à la contention: cependant, avec une pelote en fourche, cette contention est possible quand on peut attirer le testicule au dehors. J'ai observé au bureau central des malades montrant l'efficacité d'un bandage bien appliqué dans la première enfance.

M. RECLUS. J'ai pratiqué deux fois la fixation du testicule. Dans

¹ BELFIELD (W.-E), *Cincin. Lancet Clinic.*, 1887, nouv. sér., t. XIX, p. 136.

² HARDIE, *Med. Chron. Manchester*, 1888-89, t. IX, p. 240.

une première observation, il s'agissait d'un malade adulte ayant des testicules rentrant dans l'anneau avec douleurs intenses ; je fis des points de suture au crin de Florence, sans incision, en passant sous la peau. Un succès partiel en fut le résultat ; le scrotum, soudé au testicule, s'invaginait en doigt de gant ; les testicules étaient encore près de l'anneau, mais non douloureux.

Dans un autre cas, il s'agissait d'une double ectopie inguinale externe ; le résultat a été excellent.

M. QUÉNU. J'ai eu l'occasion, dans le service de M. Terrier, de libérer le testicule et de le suturer au scrotum dans un cas de hernie congénitale avec hydrocèle. Le résultat opératoire fut très bon. M. Tuffier insiste sur la nécessité de traverser l'albuginée. Je crois cela inutile : on peut suturer les ailes de la vaginale sectionnées près de l'épididyme.

M. SCHWARTZ. J'ai eu l'occasion de pratiquer deux fois la célorraphie ou suture du testicule ectopié au fond des bourses.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une ectopie testiculaire inguinale externe qui était, pour ainsi dire, intermittente ; le testicule remontait à l'anneau, sous l'influence de la moindre irritation, et devenait alors douloureux. Il était atteint, en même temps, d'une varicocèle légère à droite.

Je parvins à amener, sous le chloroforme, le testicule au fond des bourses et le suturai avec de la soie phéniquée. L'opération réussit complètement chez cet homme, âgé de 22 ans. Il a été revu trois mois après, guéri, ayant le testicule au fond des bourses.

Dans le second cas, c'était un garçon de 16 ans qui avait, en même temps, une hydrocèle congénitale assez curieuse comme disposition et un testicule en ectopie inguinale externe.

L'hydrocèle présentait un prolongement qui filait le long de l'arcade crurale en haut et en dehors. Je pratiquai la célorraphie, espérant que l'hydrocèle disparaîtrait après la fixation du testicule. L'opération échoua tout à fait, et l'hydrocèle ne disparut pas. Je refis alors la fixation, puis la cure radicale de l'hydrocèle, en réséquant le prolongement inguinal, puis en faisant le capitonnage d'après Julliard, au niveau du collet de l'hydrocèle. Le malade a parfaitement guéri, et le testicule est, cette fois, resté fixé.

M. JALAGUIER. J'ai fait deux fois l'opération chez des enfants atteints d'ectopie inguinale, avec hernie congénitale dans un cas. J'ai fait la cure radicale et la suture à l'aide de la vaginale très facilement dans le premier cas. Dans le second, j'ai eu beaucoup

de difficultés ; le massage n'a pas suffi à faire descendre le testicule ; j'ai dû le libérer et fixer à travers l'albuginée. Dans les deux observations, le scrotum est sensiblement invaginé. Le testicule est encore très haut.

Je crois qu'il faut toujours alors suturer le canal inguinal pour éviter de laisser remonter le testicule.

M. ROUTIER. Sur un homme de 26 ans, très hypocondriaque, ayant une hernie congénitale d'un côté, et de l'autre une ectopie testiculaire vaginale, j'ai fait la fixation. Des massages préalables avaient échoué. Après l'incision, je détruisis les adhérences et fixai le testicule à l'aide de crins de Florence par l'intermédiaire de la vaginale. La suture a suppuré, le testicule est très atrophié, et je me propose de l'enlever.

M. TERRILLON. Je n'ai jamais trouvé l'occasion de pratiquer cette opération. Le massage et le bandage en fourche m'ont toujours suffi. J'appuie, par conséquent, les conclusions de M. Monod.

M. P. SEGOND. Je n'ai pas encore eu l'occasion de pratiquer la fixation du testicule. Les succès que cette intervention paraît avoir donnés à plusieurs de nos collègues sont, à coup sûr, très encourageants, et, dans les conditions spécifiées par M. Lucas-Championnière, l'opération nouvelle me semble bien indiquée.

La part des indications véritables étant ainsi faite, il ne faut pas oublier celle des contre-indications. C'est, avant tout, l'âge des malades qui doit ici nous guider. Tant qu'un sujet est encore assez jeune pour que nous puissions conserver quelque confiance dans la valeur physiologique du testicule déplacé, rien de plus juste que de favoriser sa descente et sa fixation dans les bourses. Mais dès qu'une ectopie inguinale peut être considérée comme définitive, il me paraît utile de rappeler que toute tentative de fixation scrotale devient pour le moins inutile. On sait, en effet, depuis longtemps, qu'un testicule ectopié peut être considéré comme mort au point de vue physiologique. Dans leur mémoire sur la castration dans l'ectopie inguinale, nos collègues MM. Monod et Terrillon (*Archives générales*, 7^e série, t. V, p. 297 ; 1880) n'ont pas manqué de revenir sur ce fait : « La castration inguinale, ont-ils dit, est encore indiquée lorsque le testicule ectopié est douloureux. L'inutilité de l'organe au point de vue fonctionnel parle ici encore en faveur d'une intervention active. » Rien n'est plus juste, à mon avis, et c'est bien le cas de s'en souvenir. La mort physiologique d'un testicule ectopié étant un fait acquis, l'inutilité des manœuvres destinées à le fixer dans le scrotum n'est pas à démontrer, et si la nécessité d'une intervention chirurgicale se présente, c'est à la castration qu'il faut recourir.

J'ai eu l'occasion de pratiquer deux fois cette opération. L'un de mes opérés, âgé de 60 ans, était atteint d'une hernie inguinale droite avec ectopie testiculaire. L'autre, âgé de 30 ans, offrait les mêmes lésions du côté gauche. Chez tous deux, les douleurs testiculaires empêchaient l'application d'un bandage. D'accord avec l'opinion que j'exprimais il y a un instant, je n'ai pas fait la moindre tentative pour conserver, abaisser ou fixer les deux testicules. Sur mes deux malades, j'ai combiné la cure radicale de la hernie à la castration, et je reste convaincu que c'est la meilleure conduite à suivre dans les cas de ce genre.

M. TRÉLAT. Je n'ai pas pratiqué l'opération. C'est une question de degré et de quantité qui fixera les indications. Trois fois j'ai eu à traiter des hernies congénitales chez deux malades âgés et un jeune homme. Chez les deux premiers, j'ai fait la cure radicale en conservant les testicules. Chez le troisième, quoique le testicule fût très mobile, après la cure radicale, cette glande remonta si bien que je dus lui faire faire un bandage en fourche. Dans un cas analogue, je ferais la fixation.

M. CHAMPIONNIÈRE. Je vois avec plaisir que mon rapport sur l'intéressant mémoire de M. Tuffier a mérité votre attention et vos remarques.

M. Monod a bien voulu m'adresser une critique bibliographique que je vais discuter, tout en lui accordant immédiatement qu'il est bien plus instruit que moi de la bibliographie de cette question.

Toutefois, je lui ferai remarquer que, selon moi, il s'est mépris sur la portée de ma revendication. Je sais bien qu'avant moi on a fait des efforts contre l'ectopie inguinale. Je vous dirai même en passant que je rejette de cette discussion tout ce qui a trait aux opérations faites pour la hernie congénitale et où l'ectopie est accessoire. J'aurais sur ce sujet bien long à vous dire et bien des observations personnelles à citer.

Ce que je puis dire à M. Monod, c'est qu'aucune des observations qu'il a citées n'était un cas de cryptorchidie. Il s'agissait d'ectopie testiculaire avec l'organe habitant le pli de l'aîne ou même descendant dans les bourses. Mon cas est le premier et même le seul de cryptorchidie, soit de testicule habitant l'abdomen et ne descendant ni dans les bourses ni même dans le canal inguinal.

Aujourd'hui, 14 mois se sont écoulés depuis l'opération faite en novembre 1887, et l'intérêt attaché à cette opération s'accroît chaque jour. L'enfant, chétif au moment de l'opération, a grandi et grossi d'une extraordinaire façon. Il a des allures plus vives. Le testicule droit qui apparaissait quelquefois à l'anneau inguinal interne est très sensible, et à la base de la verge à droite le testicule gauche,

qui n'apparaissait jamais dans le canal, est moins bas et très petit quoique sensible. Les deux hernies sont bien guéries.

C'est on le voit un sujet très complet qui donnera lieu aux études les plus instructives.

Nous pourrions voir si le défaut de développement des cryptorchides répond à une erreur de lieu du testicule, ou si celui-ci manque à se développer parce qu'originellement il est défectueux. Je le répète, cette observation est toute différente du cas d'ectopie et surtout du cas d'aberration testiculaire unilatérale, qui n'offrent aucun intérêt pour le développement de l'individu.

Je suis tout à fait de l'avis de M. Monod et de plusieurs de nos collègues quand ils font des réserves pour le jeune âge de plusieurs des opérés de M. Tuffier. Je crois que l'opération n'est pas indispensable dans ces cas. Je vous avoue toutefois que ces opérations étant tout à fait inoffensives, surtout après la toute première enfance, ce n'est pas moi qui lui reprocherai de les avoir faites. Il n'a pu nuire à ses opérés; lors comme il est impossible de dire exactement ceux chez lesquels le testicule ne descendra pas, il a certainement rendu service à un certain nombre d'entre eux.

Qu'il reste quelque incertitude sur la détermination des cas d'opération, j'en conviens volontiers, mais c'est tout ce que je concéderai à MM. Monod, Berger, Segond, à propos de leurs critiques.

Je rappellerai à M. Berger que je n'ai pas traité la question de cure radicale de hernie compliquée d'ectopie, et c'est à celle-là que se rapportent la plupart des cas de Wood, qui n'ont rien à voir dans notre discussion.

M. Quenu reproche à M. Tuffier de traverser l'albuginée alors que la séreuse lui donnerait un bon point d'appui. Cela serait vrai de ces cas d'ectopie facile, mais serait faux pour les cas difficiles que nous avons traités, et un des grands mérites du mémoire de M. Tuffier, c'est d'avoir bien montré l'innocuité de la blessure du testicule.

Une objection plus importante a été faite par MM. Schwartz, Jallaguiet, Routier, qui ont fait remarquer que les tractions, le massage du testicule, pouvaient manquer à abaisser le testicule justement parce que celui-ci est fixé en haut par des trousseaux fibreux d'une extrême résistance qu'il faut détruire.

Je suis tout à fait de leur avis et j'ai fait cette réserve dans mon rapport. J'ai vu cette extraordinaire résistance des points de suspension du testicule et cela m'a amené à admettre que dans les cas difficiles le procédé de M. Tuffier serait tout à fait impuissant.

Nous restons donc bien d'accord sur les principes que je vous avais exposés. M. Monod constatera je crois que ma réclamation de priorité même sur les étrangers est indiscutable, et les opérations

proposées par M. Tuffier méritent d'occuper une place très sérieuse dans le traitement de l'ectopie testiculaire si négligée jusqu'aujourd'hui que ces opérations exécutées ont été infiniment rares et souvent peu heureuses.

M. PAUL SEGOND. Contrairement à mon ami M. Lucas-Championnière, j'estime que je ne suis pas sorti un seul instant des limites de notre discussion : la cure radicale n'étant pas du tout le temps principal dans les deux interventions que j'ai citées, mais bien un simple complément de la castration, j'ai opéré mes deux malades, non point à cause de leur hernie mais à cause de leur ectopie testiculaire.

Discussion sur la suture complète de la vessie après la taille hypogastrique.

M. SCHWARTZ. La communication de notre collègue Pozzi m'engage à communiquer à la Société un cas analogue intitulé : *Taille hypogastrique pour un corps étranger de la vessie devenu le centre d'un calcul ; suture immédiate de la vessie ; sonde à demeure ; guérison.*

Il s'agissait d'un homme de 42 ans, qui entre à l'hôpital Beaujon, le 23 juillet 1888, pour des troubles du côté de la vessie, consistant en douleurs vives pour uriner, avec difficultés pour émettre les urines. Le malade nous raconte d'une façon très incohérente qu'ayant des difficultés à uriner, il s'introduisit au mois de février dernier dans l'urèthre une petite sonde en plomb qui cassa et dont un morceau resta dans la vessie. Il ne s'en inquiéta pas autrement ; cependant il semble avoir eu après cet accident une cystite assez intense qui disparut néanmoins en l'espace de 2 à 3 mois ; les urines redevinrent relativement claires, il ne subsista que les ennuis signalés précédemment.

L'exploration avec le cathéter de Guyon nous démontra un calcul probablement formé autour du corps étranger, si le malade disait vrai, de 3 centimètres et demi dans son plus grand diamètre.

La nature du calcul, la présence d'un noyau métallique dans son intérieur nous engagea à lui proposer la taille hypogastrique plutôt que la lithotritie.

Après antiseptie des voies urinaires à l'aide de prises quotidiennes de biborate de soude, je lui pratiquai la taille hypogastrique avec ballon de Pétersen dans le rectum. Injections dans le ballon de 260 centimètres cubes d'eau tiède ; injection vésicale boriquée pour distendre la vessie.

Incision hypogastrique couches par couches. Incision de la vessie de 3 centimètres environ ; passage d'un fil dans les parois vésicales de chaque côté. Prise du calcul avec une tenette droite.

Ablation. L'urine étant claire et la vessie paraissant complètement saine, je résolus de la fermer par deux plans de suture en drainant l'espace prévésical. Je fis une première suture avec du fil de soie fin, un second plan par-dessus le premier. Je fermai la plaie abdominale, excepté en bas, où fut mis un drain. Cela fait, une sonde à demeure fut placée, munie de deux yeux et fixée par un point de suture la traversant avec le méat urinaire.

Tout alla bien pendant les cinq premiers jours. La sonde fonctionnait bien. Je dus malheureusement m'absenter deux jours après et le tube hypogastrique laissa passer quelques gouttes d'urine. La sonde fut changée immédiatement par mon collègue et ami Bazy, qui la perça de plusieurs orifices ; le 19 août la plaie était complètement fermée et la sonde retirée.

Nous croyons que toutes les fois que la vessie est à peu près saine l'on est autorisé à faire la suture immédiate en faisant le drainage prévésical et en plaçant une sonde à demeure munie de plusieurs yeux ou en sondant fréquemment l'opéré, si cette dernière n'est pas tolérée.

M. J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. L'intéressante communication de M. Pozzi m'amène à vous rappeler que j'ai le premier, en France, réussi cette réunion immédiate de la vessie après la taille qui a été depuis si longtemps l'objectif de tant de chirurgiens. J'ai signalé le fait dans ma statistique des cures radicales de hernies, et la *Gazette des hôpitaux* a bien voulu en donner un résumé complet, il y a un peu plus d'un mois.

J'avais eu l'occasion, le 30 juin 1887 et le 5 janvier 1888, de déchirer très largement la vessie au cours de cure radicale de hernie. Il s'agissait de ces cas mal connus de hernie de vessie compliquant des hernies inguinales. J'avais suturé sur trois plans puis réduit la vessie, et dans les deux cas j'avais obtenu de bons résultats. Dans le premier cas, la réunion avait été immédiate et parfaite ; dans le second cas, il y avait eu une fistule urinaire qui s'était produite au bout de 10 jours et s'était en quelques jours oblitérée spontanément.

J'attendais l'occasion d'appliquer le même procédé après la taille, lorsque j'eus l'occasion de le faire, et avec un succès complet, le 29 mai 1888, il y a 11 mois.

Il s'agissait d'un homme de 44 ans, boulanger, qui se présenta à l'hôpital Saint-Louis comme ayant un bout de bois dans la vessie. Il avait voulu se sonder, disait-il, avec une baguette et l'avait lâchée.

Il avait eu des urines sanguinolentes, et depuis souffrait atrocement. Il donnait ces détails avec une extrême précision.

Il était impossible de le sonder tant il souffrait. Il était entré le 26 mai; je résolus de l'endormir, de le sonder et de pratiquer la taille sus-pubienne le 29 mai 1888.

Le malade endormi, la sonde ne rencontra pas de corps étranger. J'estimai, à cause des affirmations du malade, que je pouvais me tromper et qu'il était sage de pratiquer la taille sus-pubienne, qui ne représente pas un bien grave traumatisme.

La taille faite assez largement pour pénétrer avec deux doigts, je pus constater que la vessie était grande et qu'il n'y avait pas de corps étranger.

Je trouvai l'occasion très propice pour faire la réunion complète et fis une série de 3 plans de suture, 5 fils de catgut comprenant la muqueuse et la paroi vésicale, 6 fils de catgut comprenant la paroi vésicale sans la muqueuse.

5 fils de catgut comprenant la paroi vésicale et les parties périphériques.

Une suture superficielle au crin de Florence complétait le tout avec drainage prévésical.

La réunion fut aussi parfaite que l'on put la souhaiter. Dans la soirée le malade fut sondé.

Il *urina seul* dans la nuit, soit environ 20 heures après l'opération; depuis cet instant, il *urina constamment seul, sans sondages et sans lavages de la vessie*.

Le drain fut déplacé le 2 juin et enlevé définitivement le 6. Tous les fils étaient colevés.

Le 19 juin, soit le *vingt et unième jour après l'opération*, le malade quitta l'hôpital complètement guéri. J'ai eu fréquemment de ses nouvelles; il présenta ceci de remarquable, c'est que la taille avait fait disparaître toutes les douleurs, qui ne tenaient pas du reste à la présence d'un corps étranger.

Je ferai remarquer qu'en France je ne connais aucun cas de réunion immédiate de la vessie après la taille. Je n'en connais aucun à l'étranger antérieur au mien; je puis me tromper sur ce point, mais en tout cas, toutes les fois qu'on a essayé de la produire, on l'a fait en cathétérisant ou en mettant des sondes à demeure.

Ici le rétablissement de la fonction a été immédiat, puisqu'en moins de 24 heures le malade urinait seul. Je vois avec plaisir que cette réunion de la vessie est aujourd'hui recherchée par beaucoup de chirurgiens, et je me permets de leur faire remarquer qu'en procédant comme moi sans cathétériser, sans irriter la vessie, ils auront une chance de succès de plus.

Rapport.

L'apophyse sus-épitrochléenne considérée au point de vue chirurgical, par M. le Dr L. TESTUT, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lyon.

Rapport par M. S. Pozzi.

Dans une note communiquée à la Société de chirurgie dans la séance du 6 juin 1883, M. Poulet¹ a décrit une exostose particulière de l'humérus dans les termes suivants : « Cette exostose siège chez l'adulte à huit centimètres et demi ou neuf centimètres au-dessus de l'interligne articulaire; elle occupe exactement le paquet vasculo-nerveux entre le brachial antérieur et le vaste interne du triceps; elle est aplatie, triangulaire, et la pointe, recourbée en bas, forme un crochet ordinairement mousse à son extrémité parfois bifurquée. La hauteur de ce crochet, qui ressemble à un petit vomer, à une grosse épine d'acacia, à un ergot, mesure un centimètre et demi à deux centimètres de hauteur. »

M. Poulet nous apprend, en outre, que, sur les six cas observés par lui, deux fois le nerf médian était soulevé par la prétendue exostose; deux autres cas avaient été rencontrés sur des pièces squelettiques appartenant au musée du Val-de-Grâce; le cinquième cas avait été recueilli, pendant une dissection, sur le cadavre d'un jeune soldat; le sixième, enfin, avait été constaté sur le vivant. Dans ces deux derniers cas, du reste, il n'y avait du fait de sa saillie osseuse aucune gêne fonctionnelle.

M. le professeur Testut (de Lyon), dont les travaux d'anatomie humaine et comparée ont une si légitime autorité, a été frappé du fait qu'une pareille disposition n'ait pas encore reçu des chirurgiens son explication légitime. De là l'origine du mémoire très intéressant qu'il nous a communiqué et dont je me bornerai à présenter ici la fidèle analyse, estimant qu'il ne reste rien à ajouter à un travail aussi consciencieux.

En lisant attentivement la description de M. Poulet et en jetant un simple coup d'œil sur la figure qu'il a insérée plus tard dans son *Traité de pathologie externe*² pour représenter cette exostose de l'humérus, il est impossible, pour tout anatomiste qui s'est occupé d'anomalies osseuses, de ne pas reconnaître l'*apophyse sus-épitrochléenne* (*processus supra-condyloideus internus humeri* des auteurs anglais et allemands), apophyse malheureusement peu

¹ Bull. de la Soc. de Chirurgie, 1883, p. 457.

² POULET et BOUSQUET, *Traité de Pathologie externe*, t. III, p. 720.

connue en France, où les études anatomiques sont si négligées depuis quelque temps, mais classique à l'étranger depuis les mémoires, à la fois si intéressants et si complets des professeurs J. Struthers¹ (d'Aberdeen) et W. Gruber² (de Saint-Petersbourg).

Depuis l'année 1822, où Tiedmann³ représentait dans ses *Tabulae arteriarum* le premier cas de cette anomalie, jusqu'à la note de L. Bombicci⁴, qui date à peine de quelques mois, il a été publié, dans les recueils français ou étrangers, plus de cent observations d'apophyses sus-épitrochléennes. M. Testut a pu en recueillir lui-même dans mes salles de dissection jusqu'à vingt-deux⁵, et il n'hésite pas un instant à conclure que toutes ces observations se rattachent exactement par leurs caractères à la disposition anatomique décrite et figurée par M. Poulet.

Voici en effet la description sommaire de l'apophyse sus-épitrochléenne, telle qu'elle se dégage des observations de M. Testut, descriptions entièrement concordantes du reste avec celles de Struthers et de Gruber.

L'apophyse sus-épitrochléenne revêt dans la plupart des cas la forme d'une pyramide triangulaire, fortement aplatie d'avant en arrière. Sa base fait corps avec la face interne de l'os ; son sommet, quelquefois recourbé en demi-crochet, se dirige obliquement en bas, en avant et en dedans, vers l'épitrochlée ; il est presque toujours arrondi et mousse ; presque toujours aussi il est rugueux pour donner insertion à une bandelette fibreuse, sur laquelle j'aurai à revenir tout à l'heure. La forme triangulaire caractérise, ainsi que je l'ai dit, l'apophyse sus-épitrochléenne ; mais cette forme générique comporte une foule de variétés, qui sont généralement en rapport avec le développement même de la saillie osseuse. C'est ainsi qu'on rencontre la forme lamellaire, la forme tuberculeuse, la forme en épine ou même en aiguille. M. Testut a vu plusieurs fois l'anomalie, réduite à ses plus petites dimensions, n'être représentée que par une simple empreinte rugueuse.

Ce qu'il y a de constant dans l'apophyse sus-épitrochléenne, c'est sa situation. Elle se détache toujours de la face interne de l'humérus en un point qui est également distant du bord interne et

¹ STRUTHERS, On the Occurrence of a supracondyloid Process in Man (*British and Foreign medico-chirurgical Review*, 1854).

² GRUBER, Monographie des Canalis supra-condyloideus Humeri, etc., der Säugethiere und des Menschen (*Mém. de l'Acad. Imp. des Sc. de Saint-Petersbourg*, t. VIII, 1889).

³ TIEDMANN, *Tabulae arteriarum corporis humani*, Calsruhæ, 1822.

⁴ L. BOMBICCI, Un caso di processo sopracondyloideo dell'omero dell'uomo (*Atheneo Medico Parmense*, 1887).

⁵ Ces vingt-deux observations sont rapportées *in extenso* dans un mémoire de M. Testut sur l'apophyse sus-épitrochléenne, qui paraîtra incessamment.

du bord antérieur. Sa situation exacte par rapport à la longueur de l'os est fixée, d'après M. Testut, par les chiffres suivants : sur un humérus de dimensions moyennes = 304 millimètres, l'apophyse en question est séparée :

1° Du point le plus saillant de l'épitrôchlée, par une distance de 59 millimètres ;

2° De la partie la plus inférieure du rebord interne de la trochlée, par une distance de 71 millimètres ;

3° De la partie la plus inférieure de la gorge de la trochlée, par une distance de 63 millimètres ;

4° De l'extrémité antéro-supérieure de la trochlée, par une distance de 52 millimètres.

Considérée au point de vue de ses dimensions, l'apophyse sus-épitrôchléenne varie beaucoup, comme tous les organes rudimentaires. Sa longueur moyenne, mesurée du sommet au milieu de la base, me paraît être de 5 à 8 millimètres. M. Poulet est donc tombé sur des cas extrêmes. Les deux plus longues apophyses rencontrées par M. Testut mesuraient l'une et l'autre 18 millimètres. Struthers signale des apophyses dont la longueur atteignait trois quarts d'un pouce, soit un peu plus de 19 millimètres, et le cas figuré par Tiedinann présentait, au dire du professeur Ruge, 25 millimètres de longueur. Je ne crois pas qu'on en ait signalé de plus grandes.

Quant à la signification anatomique de l'apophyse sus-épitrôchléenne, M. Poulet, après avoir rejeté avec raison toute interprétation basée sur une connexion quelconque entre la production osseuse anormale et le cartilage de conjugaison qui est placé beaucoup plus bas, interroge l'anatomie comparée. C'est en effet la meilleure méthode à suivre quand on se trouve en présence d'une anomalie inconnue et qu'on cherche à en découvrir la signification. Je ne sais, dit M. Testut, dans quel sens M. Poulet a dirigé ses recherches d'anatomie ; mais il y a tout lieu de s'étonner que ces recherches aient été « infructueuses » et que le chirurgien se soit vu « réduit, faute de mieux », à considérer l'apophyse sus-épitrôchléenne comme le résultat d'une ossification de quelques faisceaux du muscle brachial antérieur.

Il ne faut pas descendre bien bas, en effet, dans l'échelle zoologique pour trouver des espèces qui nous donnent sur ce point pleine et entière satisfaction. Dans la classe même des quadrumanes, le saï, le magot, les lémuriens ; dans la classe des carnassiers, le lion, le tigre et le chat, etc., nous présentent à l'extrémité inférieure et interne de l'humérus, un peu au-dessus de l'épitrôchlée, au lieu et place qu'occupe chez l'homme l'apophyse sus-épitrôchléenne ; ces animaux nous présentent, dis-je, un canal

ou anneau osseux, à travers lequel passe le nerf médian pour se rendre du côté interne du bras à la surface de flexion du coude. Dans ce trajet intra-osseux, le nerf médian ou chemine seul ou est accompagné par une artère qui est, suivant les espèces, la brachiale ou la cubitale.

Ce canal osseux sus-épitrochléen, que l'on rencontre encore chez les édentés, chez les marsupiaux et les monotrèmes, est bien évidemment l'homologue de l'apophyse sus-épitrochléenne.

En effet, lorsqu'on étudie l'anamolie non pas sur le squelette, mais sur le sujet revêtu de ses parties molles, on voit partir du sommet de l'apophyse sus-épitrochléenne une bandelette fibreuse, qui la continue en bas et qui vient s'attacher, d'autre part, sur l'épitrochlée, en se confondant plus ou moins à ce niveau avec la cloison intermusculaire interne. Cette bandelette, d'une part, et, d'autre part, la face interne de l'humérus et l'apophyse sus-épitrochléenne circonscrivent un anneau ostéo-fibreux, comparable de tous points à l'anneau osseux des mammifères. Comme lui, il donne passage, suivant les cas : soit au nerf médian tout seul (disposition rare), soit au nerf médian et à une artère (disposition la plus commune, 92 0/0). Cette artère est tantôt l'artère humérale, tantôt l'artère cubitale, l'humérale dans ce dernier cas s'étant bifurquée prématurément au bras ou même dans l'aisselle.

M. Testut passe rapidement sur cette question d'homologie, qui pourrait paraître déplacée peut-être dans cette société et qui, du reste, n'a jamais été contestée sérieusement par aucun anatomiste¹; il insiste avec raison sur un point qui se rattache d'une façon plus directe au domaine chirurgical.

L'apparition, chez l'homme, d'une apophyse sus-épitrochléenne s'accompagne à peu près constamment d'une anomalie musculaire que l'on peut qualifier d'un mot : *l'extension en haut du muscle rond pronateur*². Ce muscle, plus large que d'habitude, s'insère alors, non seulement sur l'épitrochlée, mais sur la cloison intermusculaire interne, sur la bandelette qui descend de l'apophyse sus-épitrochléenne et jusque sur cette apophyse elle-même.

¹ Le soulèvement du nerf médian par l'apophyse sus-épitrochléenne, signalé par M. Poulet, est exceptionnel. M. Testut ne l'a jamais rencontré sur les vingt-deux cas qu'il a observés lui-même; il ne l'a jamais vu signalé non plus par les anatomistes qui se sont occupés de l'anomalie en question.

² La seule différence qui existe, c'est que l'anneau sus-épitrochléen est entièrement osseux chez les mammifères, tandis que, chez l'homme, il est constitué à la fois par du tissu osseux et par du tissu fibreux. C'est là le propre de toutes les anomalies réversives qui ne reproduisent jamais l'organe dont elles sont l'homologue que sous une forme rudimentaire. Struthers possède dans sa collection un chat adulte, chez lequel l'anneau sus-épitrochléen est formé en avant, comme chez l'homme, par une bandelette fibreuse.

Il résulte donc de la double modification apportée par l'anomalie osseuse au trajet de l'artère et à l'extension verticale du rond pronateur, que le muscle s'étale au-devant du vaisseau et le recouvre parfois, d'une façon complète, depuis l'apophyse sus-épitrochléenne jusqu'au pli du coude. Nous voyons, du même coup, les surprises qui attendent l'opérateur, allant à la rencontre du vaisseau par les procédés ordinaires. Après avoir incisé la peau et l'aponévrose le long du bord interne du biceps, il tombera sur une nappe musculaire qu'il prendra naturellement pour le brachial antérieur, et alors deux cas pourront se présenter ¹ :

1° Si l'humérale, non encore bifurquée, passe dans le canal sus-épitrochléen, il ne rencontrera pas d'artère ;

2° Si l'humérale s'est prématurément divisée, au bras ou dans l'aisselle, en cubitale et radiale, il trouvera, au lieu et place qu'occupe ordinairement l'humérale, une petite artère, et il la liera, croyant lier l'humérale. En réalité, il n'aura lié que l'une de ses branches, la radiale, et le but thérapeutique qu'il poursuit ne sera probablement pas atteint, qu'il s'agisse d'arrêter le sang à la surface d'une plaie ou de l'empêcher d'affluer dans une poche anévrysmale.

Il y a donc quelque intérêt, en médecine opératoire, à connaître l'apophyse sus-épitrochléenne et les anomalies musculaire et artérielle qui l'accompagnent. Le chirurgien qui l'ignore pourra s'exposer aux mêmes mécomptes que ce chirurgien de Prague, dont parle Gruber, qui chercha vainement l'humérale au pli du coude, et cela pendant une heure, chez un jeune malade qui présentait vraisemblablement cette anomalie. S'il la connaît, au contraire, il ne sera jamais ni surpris, ni embarrassé.

L'apophyse étant reconnue, soit avant l'opération à travers la peau, soit pendant l'opération dans l'extrémité supérieure de l'incision, quelle conduite faudra-t-il tenir ?

1^{er} CAS. *Après l'incision de l'aponévrose, on ne voit pas d'artères.* — Le chirurgien devra tout d'abord reconnaître le rond pronateur et, tout particulièrement, le bord interne de ce muscle, qui se distingue des faisceaux longitudinaux du brachial antérieur par sa direction oblique et qui remonte, du reste, jusqu'à l'apophyse épitrochléenne. Ce bord une fois reconnu, il le soulèvera et l'incisera au besoin : l'artère humérale est au-dessous.

2^e CAS. *Après l'incision de l'aponévrose, on trouve une artère, mais une artère plus petite que l'humérale.* — Le chirurgien la

¹ On doit faire abstraction, bien entendu, des cas excessivement rares (8 0/0) où l'artère humérale ne passe pas dans le canal, auxquels cas l'artère occupe sa situation normale et sa ligature ne présente aucune difficulté.

liera tout d'abord, c'est la radiale; puis il devra aller à la recherche de la cubitale, qui seule, dans ce cas, a passé par le canal comme précédemment, il soulèvera ou incisera le bord interne du rond pronateur, il trouvera l'artère au-dessous de ce muscle.

A ce procédé, M. Testut préfère avec raison le suivant : prolonger en haut l'incision jusqu'à deux ou trois centimètres au-dessus de l'apophyse sus-épitrochléenne. Au-dessus d'elle, en effet, plus de rond pronateur à inciser ou à récliner; l'artère humérale, si elle est tout entière, c'est-à-dire non divisée, se dirige verticalement vers le côté interne de la saillie osseuse, et sa ligature ne présentera aucune difficulté; et, si elle est déjà divisée en ses deux branches terminales, ces deux branches de division cheminent côte à côte dans la même direction; il sera toujours facile, ou de les lier séparément, ou de les comprendre dans une même ligature.

L'opérateur devra veiller seulement à ne pas intéresser le nerf médian. Ce nerf est situé le plus souvent en dedans de l'artère ou des artères; le respecter sera alors chose facile. Mais il est des cas où, l'humérale étant déjà divisée, le nerf vient se placer entre l'une et l'autre des deux branches de division, la cubitale qui est en dedans, la radiale qui est en dehors. M. Testut signale enfin, comme une variété utile à connaître, le cas où l'artère chemine immédiatement en arrière du nerf médian et se trouve complètement recouverte par lui.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

S. Pozzi.

Séance du 24 avril 1889.

Présidence de M. NICAISE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

- 1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;
- 2° *Les rapports annuels de la commission de l'hygiène de l'enfance*, de 1873 à 1888;

3° *De l'ostéome des muscles de la cuisse chez les cavaliers*, par le D^r SCHMIT, médecin major (rapporteur, M. CHAUVEL);

4° *Les rapports de la Commission de vaccine, de 1850 à 1878*. Envoi de l'Académie de médecine;

5° *De l'oxycyanure de mercure; action chimique, antiseptique, antisypilitique; sa supériorité sur le bichlorure de mercure*, par le D^r CHIBRET (de Clermond-Ferrand) (rapporteur, M. KIMISSON).

Rapport.

Des effets produits sur l'oreille par la détonation des armes à feu, par le D^r H. NIMIER, agrégé du Val-de-Grâce.

Rapport par M. CHAUVEL.

La détonation des armes à feu, comme le remarque fort justement M. Nimier, est un bruit très complexe. Les éléments en sont : 1° les vibrations du canon de l'arme, longitudinales et transversales, provoquées par le passage du projectile, qu'il soit forcé ou libre dans le tube. Elles donnent naissance à un son en quelque sorte caractéristique de la pièce, d'autant plus aigu qu'elle est plus courte et de plus petit calibre, et qui emprunte au métal un timbre tout particulier;

2° Les vibrations qui résultent de la transmission du mouvement aux parties accessoires et aux objets voisins de la pièce : affûts métalliques, tourelles des forts. L'importance en doit être minime, car tout est disposé pour les limiter afin d'éviter les détériorations;

3° Les vibrations dont est animé le projectile lui-même à sa sortie du canon, d'où production d'un son métallique variable avec les dimensions, la forme, la composition de ce projectile, balle ou obus, et sa vitesse initiale;

4° Les ondes aériennes déterminées par le passage du projectile dans l'air et par les gaz dus à la déflagration de la poudre. Ceux-ci sont très abondants et animés d'une vitesse considérable, donnant lieu à des mouvements de condensation et de dilatation dont l'amplitude diminue avec l'éloignement.

L'expérience prouve que les servants des pièces souffrent d'autant moins qu'ils sont plus en arrière de la bouche du canon, et leur position dans le tir, comme le montrent quelques figures schématiques, est calculée d'après ces données, suivant le calibre et la charge de l'arme. Mais, en somme, les coups répétés à bref inter-

valle sont moins aisément supportés que les fortes et uniques détonations.

Mode d'action sur l'oreille dans la détonation. — Pour juger si les lésions signalées dans les organes auditifs sont bien l'effet du choc de l'air ou des gaz en mouvement, notre collègue a fait étudier expérimentalement par le D^r Brault les déplacements subis par un indice de duvet, mobile dans un cylindre de verre, aux places occupées par les premiers servants et même plus près de la bouche de la pièce. Dans tous les cas, l'indice était légèrement attiré du côté du canon; il y avait aspiration légère, très légère. De là cette conclusion que la membrane tympanique n'est pas déchirée par la violence de la percussion, mais qu'elle se déchire, comme se brise une vitre, par l'action d'un mouvement vibratoire violent auquel elle ne peut participer.

En raison de sa structure, de sa facilité d'accommodation, le tympan se déchire rarement, et surtout si dans l'attente d'un bruit il n'est d'avance adapté pour le recevoir. La règle donnée par les artilleurs pour éviter les accidents est de regarder la gueule du canon et d'entr'ouvrir la bouche. Dans cette position, les conduits auditifs sont dirigés perpendiculairement aux ondes sonores, et par l'ouverture de la trompe d'Eustache la pression de l'air dans la caisse tympanique vient contrebalancer la compression extérieure qui s'exerce sur le tympan.

Pour M. Nimier, la précaution d'ouvrir la bouche a surtout pour effet d'éviter un accroissement de la tension de l'air dans l'oreille moyenne, sous l'influence de l'expiration brusque que provoque souvent la détonation. Mais le rôle le plus important est formé par les altérations anciennes de l'oreille moyenne : la tension, la sécheresse du tympan, l'ankylose des osselets, vestiges d'affections lointaines dont l'interrogatoire dénote souvent l'existence.

Effets de la détonation. — Outre la rupture du tympan sur laquelle notre confrère n'insiste pas assez peut-être, ainsi que sur les hémorrhagies interstitielles, on observe une diminution de l'ouïe et la perception de bruits subjectifs directs. Parmi les troubles auditifs, signalons : la perte de perception de certains sons, la fausse perception des notes, signes de lésions partielles des fibres de Corti.

Des détonations successives peuvent abaisser de moitié, temporairement ou définitivement, l'acuité de l'audition. S'agit-il de lésions de la chaîne des osselets (Colt), de congestion de l'oreille interne (Jordan), de paralysie par ébranlement moléculaire exagéré (Mourson), l'observation n'a pas encore prononcé. Cependant la nature des sensations, des bourdonnements ne permettent pas

de croire à une intégrité constante de l'appareil de transmission.

A côté de ces phénomènes dans l'appareil auditif, il faut signaler divers troubles fonctionnels d'origine réflexe déjà notés par Gellé pour des bruits fort différents. Ces troubles sont dus au rayonnement du noyau de l'acoustique, aux centres voisins dans le bulbe : pâleur, salivation, douleurs dentaires, nausées, céphalalgie, vertiges, souvent état syncopal. Baratoux prétend que le bruit du canon éveille des sensations lumineuses variables avec la distance, et passant du blanc clair au jaune, au gris, au bleu. M. Nimier avoue n'avoir recueilli aucune donnée à ce sujet. Nous ne craignons pas d'avouer notre scepticisme à l'endroit de ces *auditions colorées* dont nous n'avons pas rencontré jusqu'ici un exemple incontestable. Le saisissement, la chute, la peur sont des effets plus naturels et plus communs de la détonation d'une arme à feu.

Les recherches de la nature de celles dont je viens de vous faire connaître les points les plus intéressants sont chose trop utile et trop rare pour qu'en remerciant M. Nimier de son travail, auquel pour ma part je n'ai rien à reprocher, nous ne l'engagions pas à le poursuivre avec constance. Bien des points restent à éclaircir; notre collègue est un de ces travailleurs acharnés auquel il est donné de résoudre de tels problèmes.

Je vous propose d'adresser des remerciements à M. Nimier, de déposer son mémoire dans nos Archives et de classer l'auteur dans un des premiers rangs parmi les candidats au titre de membre correspondant national.

Rapport

Sur la résection ostéo-plastique du cou-de-pied, dite opération de Wladimiroff-Mikulicz, à l'occasion d'une présentation de malade faite par M. le Dr CHAPUT.

Rapport par M. PAUL BERGER.

Si je n'avais qu'à vous rendre compte du résultat opératoire que vous a présenté M. le Dr Chaput, ma tâche serait bientôt terminée. Malgré quelque peu de mobilité persistant entre les os de la jambe et ceux du pied, le malade, auquel il a fait subir la résection de Wladimiroff-Mikulicz, marchait bien avec une chaussure spéciale; six mois après l'opération, il ne présentait aucune récurrence de l'ostéo-arthrite fongueuse qui avait nécessité l'intervention, et il pouvait être considéré comme absolument guéri. C'est la seconde fois, en un mois, que vous êtes appelés à vous prononcer sur une opé-

ration qui n'a jusqu'à présent été pratiquée à Paris que par M. Chaput et par moi, mais qui compte à l'étranger une casuistique assez nombreuse, et je crois le moment venu de rechercher avec vous quelle est la valeur de l'opération en question, de déterminer la place qu'elle est appelée à tenir parmi les opérations conservatrices que l'on pratique sur la même région, et de préciser quelques points de son manuel opératoire. La dernière de ces considérations me paraît surtout mériter une sérieuse attention; ainsi que vous le verrez, j'ai cru devoir m'écarter de la pratique qu'ont suivie jusqu'à présent tous les chirurgiens qui ont eu recours à cette opération, et j'ai à vous proposer une revision complète des règles de son exécution.

I. — *Examen des résultats donnés par l'opération de Wladimiroff-Mikulicz.*

L'on sait que le mode d'opération pratiqué en 1871 pour la première fois par Wladimiroff (de Kasan), puis, dix ans après, par Mikulicz, qui ignorait la tentative de son prédécesseur, consiste dans la résection, c'est-à-dire dans l'extirpation complète du tarse postérieur et d'une certaine longueur des os de la jambe, en comprenant dans cette ablation les articulations tibio-tarsienne et médio-tarsienne. A la suite de cette résection, on fixe ce qui reste du squelette du pied bout à bout avec la surface de section des os de la jambe, de telle sorte que la rangée antérieure du tarse et le métatarse, placés sur le prolongement du tibia et du péroné, complètent la colonne de sustentation par laquelle le membre vient s'appuyer sur le sol, le point d'appui pour la marche étant constitué par l'extrémité articulaire des métatarsiens verticalement dirigés, et par la face plantaire des orteils portés dans l'hypéréxtension et formant un angle droit avec la face dorsale du pied vers laquelle ils sont retournés. A la suite de cette opération, il ne doit point y avoir de raccourcissement; ce qui reste du tarse et le métatarse compensant exactement, par le changement de direction qu'on leur a fait subir, la perte de longueur résultant de l'ablation du calcanéum, de l'astragale et de l'extrémité inférieure du tibia et du péroné. L'opéré peut donc marcher sans raccourcissement, sans boiterie notable, en appuyant le membre sur des parties plantaires naturellement disposées pour appuyer sur le sol et pour supporter une partie du poids du corps dans la marche. Il n'a donc pas besoin d'user d'un appareil prothétique ou d'un membre artificiel, mais simplement d'être pourvu d'une chaussure spéciale ou d'un appareil de soutien.

D'autre part, la résection très large des os et des articulations

malades permet d'espérer une guérison radicale des lésions pour lesquelles l'opération est requise. Tels sont les avantages qu'offre en principe l'opération de Wladimiroff-Mikulicz.

Ce double résultat a-t-il été atteint dans la plupart des tentatives de ce genre qui ont été pratiquées? C'est ce que l'examen d'un certain nombre de faits publiés, et particulièrement des deux cas que nous avons observés, nous permettra peut-être d'établir. Dans cette étude, nous utiliserons surtout les documents réunis, en certain nombre, par M. Henri-Victor Simon, dans une thèse soutenue à Paris cette année, thèse où il a rassemblé trente-quatre observations d'opérations de cette nature.

A. *Résultats fonctionnels.* — Sur les 34 cas réunis par M. Simon, nous en trouvons 20 dans lesquels le résultat fonctionnel paraît avoir été satisfaisant. Même en retranchant de ce nombre les faits dans lesquels les opérés, un certain temps après l'opération, étaient obligés de s'aider d'un bâton [Mikulicz (2^e obs.), Gutsch, Usiglio, Zæge-Manteuffel] ou d'un appareil de soutien (Kümmell, Reussen), il en reste 14 dans lesquels l'état fonctionnel du membre ne laissait rien à désirer [Wladimiroff, Mikulicz (1^{re} et 4^e obs.), Burckhard-Socin, Lauenstein Roser, Schattauer (1^{re} obs.), Fischer, Niehans, Sordina (2^e obs.), Mac-Cormac, Macewen, Berger, Chaput]. Dans quelques-uns de ces cas, l'utilisation du membre était aussi bonne que possible, et dépassait de beaucoup ce que l'on peut attendre d'une amputation. C'est ainsi que les opérés de Lauenstein et de Fischer pouvaient gravir les degrés d'une échelle. Vous avez pu constater vous-mêmes la manière dont s'effectuait la marche chez l'opérée que je vous ai présentée. Moins de huit jours après avoir commencé à se servir de la chaussure spéciale que je lui avais fait faire, elle marchait aisément, presque sans claudication et sans avoir recours à aucun autre appui. On ne se douterait pas aujourd'hui, en la voyant marcher, qu'elle ait subi une opération de cette nature.

Ces résultats fonctionnels excellents, observés pour la plupart peu de mois après l'opération, laissent loin derrière eux les meilleurs de ceux que nous donnent les amputations de la jambe au lieu d'élection. On sait combien il faut de temps pour que les amputés puissent se servir sans fatigue d'un pilon, à plus forte raison d'un membre artificiel. On sait qu'un très petit nombre d'entre eux arrive à se passer de l'appui d'un bâton et que, chez ceux-ci même, la marche ne se fait jamais sans claudication. Quant aux malades qui ont subi l'amputation au tiers inférieur de la jambe ou l'amputation sus-malléolaire, j'ai toujours observé que, chez eux, le résultat, au point de vue de la marche, était bien plus défec-

tueux que celui qu'on observé à la suite de l'amputation au lieu d'élection, en faisant toutefois une exception pour ceux de ces opérés qui ne sont pas astreints à de longues marches ou à des travaux pénibles, et qui peuvent se procurer des membres articulés toujours très coûteux. Il faut donc reconnaître que la résection de Wladimiroff-Mikulicz peut donner, au point de vue de la marche, un résultat bien meilleur que l'amputation de la jambe, et le seul reproche qu'on puisse faire à cette opération, c'est que ces résultats soient relativement peu nombreux (14 à 20 sur 34 opérations).

B. *Résultats au point de vue des récidives et des accidents consécutifs à l'opération.* — Une des causes de la proportion relativement considérable des insuccès observés à la suite de la résection ostéo-plastique de Wladimiroff-Mikulicz est, sans contredit, le nombre des récidives de l'affection qui avait nécessité l'intervention chirurgicale. Sur 34 observations, nous en trouvons 9 en effet où la récidive a été notée, huit fois pour des affections tuberculeuses, arthrites et ostéo-arthrites fongueuses, une fois pour un sarcome. C'est une des conditions fâcheuses, mais qui pouvait être pressentie de l'opération en question, condition qui ne lui est d'ailleurs pas particulière, mais qui s'observe à la suite de toutes les opérations conservatrices, résections ou amputations ostéo-plastiques, que l'on pratique sur le membre inférieur pour des affections de cette nature. Il fut même un temps, et il n'est pas très éloigné, où la crainte de ces récidives avait fait abandonner la plupart des opérations parcimonieuses, les résections, et même les amputations partielles du pied. On paraît revenir actuellement de ce jugement trop sévère, et sans parler des grattages et des évidements osseux, les extirpations des os du tarse, les résections tibio-tarsiennes ont donné dans ces derniers temps un nombre inespéré de guérisons durables. La réunion par première intention, jointe au pansement à l'iodoforme, en évitant les suppurations consécutives, a supprimé l'une des causes qui retardaient indéfiniment la guérison à la suite de ces opérations, et le soin qu'on apporte actuellement à constater, grâce à l'ischémie du membre, l'extension des lésions et à les enlever en totalité, permet de proportionner l'étendue de la résection à celle du mal. Si l'on joint aux chances de guérison radicale qui résultent de ces perfectionnements l'innocuité absolue de l'intervention chirurgicale dans les cas de cet ordre, on conçoit que pour souscrire aux vœux du malade, pour lui épargner une mutilation qui lui répugne toujours, pour lui conserver un membre sur lequel il puisse marcher dans des conditions analogues à celles où se fait la marche avec un membre sain, on tienne moins de compte de la possibilité d'une

récidive que l'on pourrait traiter, si elle se produit, par une nouvelle opération plus radicale.

Des récidives observées à la suite de la résection ostéo-plastique, trois, en effet, ont pu être guéries par des résections nouvelles portant sur les os du tarse qui avaient été ménagés (Fischer), ou même sur les os de la jambe (Kümmell); enfin, par l'extirpation d'une récidive sarcomateuse dans la cicatrice et à distance (Zøge-Manteuffel). Deux autres cas de récidive nécessitèrent l'amputation de la jambe chez un opéré de Rose et dans un cas de Schattauer. Enfin deux des opérés par Lauenstein et par Mikulicz moururent de tuberculisation pulmonaire.

Mais à côté de ces cas où l'insuccès a été dû au retour de l'affection première, il en est d'autres où il est imputable à l'opération elle-même, ou plutôt encore au procédé opératoire. Parmi les accidents et les complications appartenant à cette catégorie, nous trouvons, en effet, un cas de Sordina dans lequel la gangrène du pied contraignit à pratiquer, quatre jours après la résection, l'amputation de la jambe. Dans le fait de M. Chaput, il y eut également du sphacèle, mais en des points circonscrits, et la vitalité du membre ne fut pas compromise; mais la suppuration fut abondante et ne fut certainement pas sans influence sur la mobilité persistante, quoique très limitée, que vous avez constatée entre les os du pied et ceux de la jambe.

Dans l'opération qui nous occupe, on s'est toujours proposé d'obtenir une fusion complète entre la surface de section des os de la jambe et celle des os du pied. Cette fusion seule peut amener la constitution d'une colonne de sustentation rigide et solide qui soutienne le poids du corps dans la marche; or cette fusion a manqué ou est demeurée imparfaite dans un certain nombre de cas. Nous avons mentionné celui de M. Chaput; chez un opéré de Kümmell également persistait entre les os du pied et ceux de la jambe un peu de mobilité qui cependant n'entravait pas la marche, mais qui nécessitait le port d'un appareil de soutien. Enfin le défaut de consolidation osseuse nécessita l'amputation de la jambe chez un des opérés de Rose et chez celui de M. Rohmer.

Nous allons voir que dans le procédé communément employé pour pratiquer la résection de Wladimiroff-Mikulicz, l'on sectionne en travers et l'on excise même sur une certaine longueur l'artère tibiale postérieure et le nerf tibial postérieur: on pouvait craindre que cette atteinte portée à l'innervation et à la circulation du pied ne déterminât, consécutivement à l'opération, l'apparition de troubles trophiques dans ces régions; ceux-ci, néanmoins, n'ont pas été fréquemment observés. Chez le malade de M. Chaput, nous avons constaté une anesthésie persistante du bord externe du pied; un

opéré de Rose vit survenir un durillon douloureux sous la tête du 3^e métatarsien. Peut-être, les observations se multipliant, verrait-on se produire, chez des opérés, des ulcérations trophiques, des maux perforants. Jusqu'à présent, du moins, on n'a pas eu à regretter de complications de cette nature. Nous n'en rejetterons pas moins un procédé par lequel on sacrifie des organes qu'il est de règle de ménager dans toutes les résections.

Pour résumer en quelques mots notre jugement sur l'opération qui nous occupe, envisagée dans ses résultats, nous dirons qu'elle n'est pas une opération grave, et qu'exécutée avec les précautions voulues, elle n'expose pas la vie du malade qui la subit : — que, dans les cas où elle réussit, elle peut donner un résultat fonctionnel excellent, et permettre la marche sur le bout du pied, par un mécanisme aussi semblable que possible à celui de la marche normale, avec l'aide seulement d'une chaussure spéciale ou d'un appareil de soutien facile à construire ; — qu'elle a permis d'obtenir une guérison durable dans un bon nombre de cas d'affections tuberculeuses étendues et anciennes du cou-de-pied ; — mais qu'à sa suite, les récidives de la tuberculose locale ont été fréquemment observées, et qu'en dehors même de ces cas, des résultats défectueux, imparfaits au point de vue de la marche et au point de vue de la guérison, ont pu être imputés à l'opération elle-même ou tout au moins au procédé que l'on avait suivi dans son exécution. Nous verrons tout à l'heure par quels moyens on peut diminuer le nombre des échecs appartenant à cette dernière catégorie ; mais il nous faut auparavant rechercher la place que doit tenir la résection ostéo-plastique de Wladimiroff-Mikulicz dans le cadre des opérations conservatrices qui se pratiquent sur les régions tibio-tarsienne et tarsienne.

II. — *Indications de la résection ostéo-plastique de Wladimiroff-Mikulicz.*

C'est principalement pour des affections tuberculeuses du cou-de-pied, arthrites et ostéo-arthrites, synovites fongueuses ayant envahi le tarse postérieur et les articulations conjointes, qu'a été pratiquée l'opération de Wladimiroff-Mikulicz. On peut néanmoins lui reconnaître quelques autres indications : tels sont les traumatismes intéressant le talon, ayant déterminé des désordres considérables du côté du squelette, l'ouverture des articulations tibio-tarsienne et médio-tarsienne, et une perte de substance étendue des téguments. J'ai, comme beaucoup de mes collègues, conservé des membres atteints de lésions de cet ordre, et j'ai toujours observé le retard considérable de la réparation et le résultat défec-

tueux pour la marche qui résultait de la destruction des parties molles du talon, le blessé étant forcé de faire reposer le poids du corps sur une cicatrice adhérente aux os, toujours prête à s'ulcérer de nouveau et qui parfois n'arrive jamais à guérison complète. Dans des cas de ce genre, j'ai eu recours avec grand profit à la transplantation sur la région blessée de grands lambeaux de peau pédiculés, pris à la jambe opposée, par la méthode autoplastique à laquelle j'ai donné le nom de méthode italienne modifiée.

Mais quand les désordres du côté du squelette sont très étendus, on peut songer, dès le début, à pratiquer une résection des parties du squelette atteintes par le traumatisme, en cherchant à utiliser pour la marche les parties du pied qui sont restées intactes; l'opération de Wladimiroff-Mikulicz répond très favorablement à cette indication. Celle-ci se présenterait encore à la suite des traumatismes de cet ordre, lorsque la suppuration s'est emparée du foyer de la fracture et des articulations ouvertes; on pourrait alors avoir recours à une résection consécutive. On penserait même recourir à l'amputation de Wladimiroff-Mikulicz comme ressource tardive dans des cas semblables à celui que Sir William Mac Cormac a présenté le 17 décembre 1888 à la Société de médecine de Londres, et où une cicatrice douloureuse et rendant la marche impossible résultait de l'abrasion de toutes les parties molles du talon, détachées par une machine à raboter. Je dois avouer néanmoins, dans les cas de ce genre, où les désordres sont limités aux parties molles, ma préférence pour les opérations autoplastiques qui donnent une ressource très suffisante quand on les emploie en connaissance de cause.

Une autre indication qui ne s'est présentée que très rarement jusqu'à présent est celle qui résulte du développement d'une tumeur dans la région du talon. On conçoit qu'une résection étendue avec un sacrifice correspondant des parties molles et des téguments puisse permettre d'en pratiquer l'extirpation complète; mais il faut reconnaître que, dans les cas de ce genre, l'amputation, faite à distance, donnera toujours plus de garanties contre la récurrence. Celle-ci s'est produite et a dû être poursuivie par une nouvelle opération chez l'opéré sur lequel Zæge-Manteuffel avait pratiqué la résection ostéo-plastique du cou-de-pied pour un sarcome mélanique du talon.

Enfin l'opération en question a été mise à contribution pour des ulcères rebelles et récidivants du talon dans trois ou quatre cas où elle a servi de ressource extrême: on ne me paraît autorisé à y recourir, en pareille circonstance, qu'après l'échec des procédés autoplastiques que nous signalions tout à l'heure.

Somme toute, c'est dans les affections tuberculeuses, arthrites

et ostéo-arthrites de la rangée postérieure du tarse et des articulations adjacentes, que la résection ostéo-plastique de Wladimiroff-Mikulicz a reçu sa plus fréquente et sa plus large application (26 cas sur 34 mentionnés dans la thèse de M. Simon), et c'est principalement dans les affections de ce genre que nous avons à envisager ses indications.

Il ne peut être question, à l'occasion d'une opération aussi spéciale, de mettre en parallèle la valeur de l'amputation de la jambe, seule opération qui fut admise naguère dans les cas de ce genre, et celle des opérations conservatrices. Qu'il nous suffise de dire que, sous l'influence des progrès réalisés dans l'exécution des opérations et dans les méthodes de pansement qui leur sont applicables, un bon nombre de chirurgiens ont, comme nous, reconnu que dans certaines conditions favorables d'âge, d'état général du sujet et pour des lésions encore limitées, on était en droit de substituer au sacrifice du membre des entreprises moins certaines peut-être dans leurs résultats, mais présentant sur le premier l'immense avantage d'éviter une mutilation et d'utiliser pour la marche, en cas de réussite, les parties saines encore, situées au-dessous de la partie malade, et physiologiquement destinées à cet usage.

Sans parler ici des curages osseux, des évidements, des extirpations d'os isolés, des tarsectomies partielles qui ont le plus souvent l'inconvénient d'être trop limitées et d'exposer dans de très notables proportions à la récurrence ou plutôt même à l'évolution prolongée des lésions qu'on n'a que très incomplètement atteintes, deux opérations surtout ont été adoptées dans ce but : l'une est l'amputation ostéo-plastique de Pirogoff, telle que l'a modifiée M. Le Fort, résection véritable à la suite de laquelle la marche se fait sans l'aide d'un membre artificiel, avec le membre légèrement raccourci et prenant son point d'appui sur les parties molles du talon et sur la saillie du calcanéum ; l'autre est la résection tibio-tarsienne, qui laisse également un membre quelque peu raccourci et un pied ankylosé sur la jambe, mais aussi semblable que possible à un pied normalement conformé. Nous n'avons pas à nous étendre sur les indications bien connues de l'une et de l'autre de ces opérations ; mais, pour être pratiquées, l'une et l'autre supposent l'intégrité absolue du calcanéum. Dans les cas où cet os était malade, cas fréquents et qu'il n'est pas toujours possible de reconnaître avant l'opération d'une manière certaine lorsqu'on a affaire à une tumeur blanche du cou-de-pied, on était réduit à pratiquer l'amputation de la jambe.

L'opération de Wladimiroff-Mikulicz est venue combler cette

lacune : grâce à elle, il est possible, même lorsque le calcanéum participe à l'affection, même lorsqu'il existe des altérations remontant assez haut sur l'extrémité inférieure des os de la jambe simultanément avec une arthrite fongueuse tibio-tarsienne, de conserver l'avant-pied sain pour le faire servir à la marche tout en pratiquant l'extirpation très large des parties malades.

Cette sorte de résection ne saurait, bien entendu, s'appliquer à tous les cas d'ostéo-arthrites affectant le tarse postérieur. Chez bien des sujets âgés, atteints ou menacés de tuberculisation pulmonaire, il y aura toujours avantage à préférer la solution la plus prompte et la plus radicale, celle que peut seule donner l'amputation. Il en pourrait être de même chez les hommes qui, par métier, doivent s'astreindre à des marches ou à la station prolongée, quoique nous sachions combien sont impotents en réalité et combien peu capables souvent d'exercer une profession pénible ceux qu'une amputation, même pratiquée au lieu d'élection, a privés d'un de leurs membres inférieurs.

Mais lorsque le sujet est jeune, d'ailleurs bien portant, que les lésions sont limitées à l'astragale, au calcanéum, aux articulations tibio et médio-tarsiennes, la résection de Wladimiroff-Mikulicz paraît destinée à rendre de très réels services. J'en donne comme exemples le malade que vous a présenté M. Chaput, et mon opérée, cette jeune femme qui avait déjà dépassé l'adolescence, à laquelle les progrès de la tuberculisation pulmonaire m'avaient déterminé à proposer une amputation qui fut refusée. Elle marche aujourd'hui sans membre artificiel et presque sans claudication; dix mois après l'opération elle ne présente aucun soupçon de récurrence, et les lésions pulmonaires même paraissent s'être notablement amendées depuis qu'elle n'est plus débilitée par la suppuration et les douleurs dont son membre malade était le siège.

J'ajoute que l'indication de la résection ostéo-plastique Wladimiroff-Mikulicz ne peut et ne doit pas toujours être établie d'avance, et que ce n'est qu'au cours même de l'opération (mon observation en est un exemple) qu'on se décidera très souvent, d'après l'extension des lésions constatées le couteau à la main, soit pour la résection tibio-tarsienne, soit pour une amputation ostéo-plastique de M. Le Fort, soit pour une résection du type Wladimiroff-Mikulicz, soit enfin pour une amputation de la jambe. Il faut donc adopter, pour l'exécution de ces diverses opérations, un procédé d'incision des parties molles qui puisse à volonté et suivant les circonstances conduire à l'une ou l'autre d'entre elles. Ceci m'amène aux considérations qui me restent à vous présenter sur la technique même de l'opération nouvelle.

III. — *Manuel opératoire.*

Sur ce point, comme je l'ai dit, je me sépare absolument de la plupart de ceux qui ont pratiqué avant moi la résection ostéo-plastique du tarse postérieur : je trouve le procédé qu'ils ont employé contraire à toutes les lois qui régissent la pratique des résections, et bon tout au plus à quelques cas particuliers ou aux exercices d'amphithéâtre. Jugez-en plutôt par ce résumé sommaire du manuel opératoire le plus généralement adopté :

Deux incisions latérales profondes, à peu près parallèles, sont pratiquées, l'une en dehors du cou-de-pied, longeant le bord postérieur du péroné, contournant la malléole externe et se continuant au bord externe du pied plus ou moins loin sur le cuboïde ; — l'autre en dedans du cou-de-pied, longeant le bord postérieur du tibia, contournant la malléole interne et se poursuivant sur le bord interne du pied jusqu'à la tubérosité du scaphoïde. — Les extrémités supérieures et inférieures de ces deux incisions sont réunies par deux autres incisions perpendiculaires, l'une divisant transversalement toutes les parties molles de la région postérieure de la jambe un peu au-dessus de la base des malléoles ; — l'autre, plantaire, coupant toutes les parties molles de la plante du pied jusqu'au squelette, de la tubérosité du scaphoïde jusqu'au bord externe du cuboïde. Ces sections transversales divisent aponévroses, muscles, tendons, l'artère tibiale postérieure et toutes ses branches, le nerf tibial postérieur et tous ses rameaux. Elles circonscrivent avec les deux incisions longitudinales, dont elles réunissent les extrémités, une sorte de quadrilatère comprenant toutes les parties molles correspondant à la région postérieure du cou-de-pied et du pied. Ces parties molles sont enlevées avec tout le squelette de la région, lorsqu'on a pratiqué la section des os de la jambe d'une part, et, de l'autre, celle des os de la rangée antérieure du tarse. Lorsque l'opération est achevée, l'avant-pied ne tient donc plus à la jambe que par un pont formé par les parties molles de la région antérieure de la jambe, pont contenant l'artère tibiale antérieure, les branches terminales de la péronière et les nerfs qui émanent du sciatique poplité externe, vaisseaux et nerfs auxquels seuls est désormais dévolu le soin de pourvoir à la circulation et à l'innervation de l'avant-pied que l'on va fixer à la surface de section des os de la jambe.

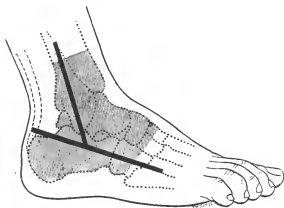
Faut-il s'étonner si, à la suite d'opérations conduites de la sorte, on a vu survenir la gangrène de l'extrémité du membre ? N'êtes-vous pas bien plutôt surpris que cet accident, absolument imputable au procédé opératoire lui-même, n'ait été observé jusqu'à

présent que dans un seul cas ? Comment être rassuré d'ailleurs sur la vitalité ultérieure d'un segment de membre privé des principales sources de son irrigation sanguine et de son innervation ? Si les troubles trophiques consécutifs à la section du nerf tibial postérieur n'ont pas été notés plus souvent dans les observations, cela tient peut-être à ce que beaucoup d'entre elles sont trop récentes encore pour que ces troubles aient eu le temps de se produire. La crainte de ces accidents tardifs ou même éloignés a déterminé Roser à tenter la suture du bout central et du bout périphérique du nerf tibial postérieur : cette manœuvre, qui n'empêcha pas l'opéré de Roser de voir se développer un durillon douloureux sous la tête du troisième métatarsien, est d'ailleurs d'une exécution parfois difficile ; M. Chaput, au dire de M. Simon, a dû renoncer à la pratiquer.

Je ne mentionne que pour mémoire l'hémorrhagie opératoire très abondante (Chaput), la nécessité d'une hémostase attentive et l'abandon de nombreux catguts dans la plaie, enfin la suture étendue qui sont les conséquences forcées du procédé communément employé : ce que je viens de dire suffit, il me semble, à justifier l'éloignement qu'il m'inspire.

Il faut donc laisser intacts le nerf et les vaisseaux tibiaux postérieurs, et pour y arriver conserver les parties molles de la région postérieure de la jambe et du talon. « M. Farabeuf a pu, sur le cadavre, ménager ces vaisseaux et le nerf tibial postérieur, lisons-nous dans la thèse de M. Simon : il dit que c'est laid et difficile. » Je suis fâché de ne pouvoir partager l'opinion de mon collègue et ami, si compétent d'ailleurs en pareille matière ; mais chez mon opéré, j'ai conservé les vaisseaux et les nerfs ; bien mieux, je n'ai sectionné aucun autre tendon que le tendon d'Achille, j'ai conservé la totalité des parties molles : je n'ai pas trouvé que l'exécution de l'opération ainsi conçue présentât de difficultés notables, et vous avez pu juger du résultat qu'il m'a donné même au point de vue de la forme. Voici comment j'ai procédé dans ce cas : j'ai eu recours à une incision longitudinale, pratiquée sur le bord externe du pied, depuis les insertions du tendon d'Achille, au calcanéum, jusque vers l'extrémité postérieure du 5^e métatarsien. Sur cette incision horizontale, j'ai fait tomber, vers la pointe de la malléole externe, une incision verticale longeant la face interne du péroné, transformant ainsi l'incision longitudinale externe en une incision en T renversé. J'ai disséqué et relevé les deux lambeaux triangulaires, ainsi délimités ; j'ai dégagé et récliné les tendons des péroniers latéraux, et je suis arrivé directement de la sorte sur la partie externe de l'articulation tibio-tarsienne et sur le creux calcanéo-astragalien. La résection de l'extrémité inférieure du péroné me permit d'ouvrir aussitôt la première de ces articula-

tions, d'écarter les surfaces articulaires, d'examiner les os et la synoviale. Par cette voie, j'ai pu sans grande difficulté extirper alors l'astragale, luxer et faire sortir par la plaie externe les os de la jambe pour en pratiquer la section au niveau voulu ; enfin j'ai pu dégager avec une rugine le calcaneum, le scaphoïde, les cunéiformes et le cuboïde, de manière à porter sur ces derniers os le trait de scie inférieur séparant le tarse postérieur de l'avant-pied que je voulais conserver. Je n'ai, je vous le répète, trouvé aucune difficulté notable à exécuter ce plan sur le pied d'une jeune femme presque adulte, chez laquelle l'étendue des lésions me contraignit à transformer en une résection ostéo-plastique de Wladimiroff-Mikulicz une résection tibio-tarsienne que je voulais pratiquer. Ce



Résection ostéoplastique de Wladimiroff-Mikulicz.
Procédé par l'incision externe.

procédé présente, en effet, le grand avantage de pouvoir conduire à volonté soit à une opération de Mikulicz, soit à une résection tibio-tarsienne, soit même à une amputation ostéo-plastique comme celle de M. Le Fort. Si donc on ignore quelle est la véritable étendue des altérations osseuses et par conséquent quelle est l'importance du sacrifice auquel il faut se résoudre, on peut se décider, au cours même de l'opération, pour le mode d'intervention qui semble mieux approprié aux circonstances. J'ajoute que s'il était besoin, on pourrait, pour faciliter la section du ligament latéral interne de l'articulation tibio-tarsienne, ajouter à l'incision externe une petite incision pratiquée vers la pointe de la malléole interne et permettant d'arriver directement sur ce ligament, comme l'a fait M. Ollier pour la résection tibio-tarsienne.

Quoi qu'il en soit, cette incision externe en T renversé donne

un abord très facile vers les parties malades ; elle permet de reconnaître la nature exacte et l'étendue des lésions, et de pratiquer à volonté l'opération qu'il convient de leur opposer, résection tibio-tarsienne, résection ostéo-plastique de Wladimiroff-Mikulicz, amputation ostéo-plastique de M. Le Fort, en conservant tous les vaisseaux et nerfs qui de la jambe se portent au pied.

Je sais bien qu'aussitôt après l'opération, lorsque les os de l'avant-pied et ceux de la jambe sont mis bout à bout, les parties molles postérieures font une saillie énorme, sorte de bourse très disgracieuse dont la vue a probablement impressionné d'une manière fâcheuse M. Farabeuf, véritable artiste en pareille matière, dans les essais qu'il a pratiqués sur le cadavre ; mais j'ai été surpris de la rapidité avec laquelle cette saillie s'est rétractée et a diminué, et vous avez pu constater sur mon opérée, neuf mois après la résection, qu'il n'en restait pour ainsi dire plus trace et que le résultat, quant à la forme, était aussi satisfaisant que peut l'être celui que donne une semblable opération. Je crois donc que l'objection qu'on a faite *à priori*, reprochant à ce procédé d'être laid et d'une exécution difficile, tombe devant l'expérience que j'ai pu faire de sa valeur et de ses résultats.

Le dernier point sur lequel j'ai à insister est le suivant : pour obtenir la fusion osseuse complète des os de l'avant-pied et de ceux de la jambe, une immobilisation rigoureuse et une mise au contact parfait sont nécessaires ; il faut éviter l'interposition des parties molles entre les extrémités osseuses non moins que le jeu de ces dernières les unes sur les autres. Mieux que tout autre moyen, la suture osseuse peut atteindre ce but : mais il n'est point nécessaire d'avoir recours à la suture métallique dont l'observation de M. Chaput, publiée dans la thèse de M. Simon, montre les difficultés et les inconvénients. Je me suis contenté, pour ma part, de passer entre le tibia et le péroné d'une part, le scaphoïde et le cuboïde, de l'autre, quatre ou cinq points de suture au catgut très fort et parfaitement aseptique, comme je le fais après la résection du genou entre les surfaces avivées du fémur et du tibia d'après les préceptes donnés pour cette opération par M. Lucas-Championnière. J'ai joint à cette suture osseuse proprement dite un certain nombre de points de suture perdue au catgut unissant le périoste, les débris des ligaments, toutes les parties molles qui avoisinent le squelette. J'ai eu de la sorte une réunion profonde très solide, supprimant tout foyer opératoire où les liquides pussent s'accumuler et maintenant très exactement les os au contact, au moins pendant les premiers jours.

J'ai introduit dans la cavité résultant du plissement des parties

molles du talon, une mèche de gaze iodoformée, j'ai fermé par une suture au crin de Florence la plus grande partie de mon incision, sans avoir eu à faire d'hémostase, et j'ai entouré tout le membre d'un pansement antiseptique fortement compressif, maintenu par plusieurs attelles plâtrées qui en assuraient la parfaite immobilisation.

Tel est le pansement que je conseillerais d'adopter dans les cas de ce genre. Comme pour la plupart des résections du membre inférieur, je crois, en suivant en cela les préceptes de M. Ollier, que le premier appareil doit être maintenu en place le plus longtemps possible; quand on l'enlève au bout de cinq ou six semaines, ou même davantage, la consolidation osseuse est déjà fort avancée et la guérison de la plaie opératoire est achevée ou peu s'en faut.

Je ne décrirai pas les appareils de soutien qui peuvent être employés à la suite de cette opération : une simple gaine en cuir, entourant la partie inférieure de la jambe et l'avant-pied jusque près des orteils, mettra la réunion osseuse à l'abri des distorsions pendant les premiers temps. On pourra, s'il est nécessaire, la renforcer de quelques nervures en acier. La marche est le meilleur moyen que l'on puisse recommander pour amener le renversement des orteils vers la face dorsale du pied; elle a suffi à les porter dans la position qu'ils devaient occuper chez mon opérée, jeune femme névropathique qui se refusait à toute espèce de manipulations et aux massages prescrits dans ce but. Quant à la chaussure, elle peut être faite par n'importe quel cordonnier; elle doit surtout masquer la difformité, mais il n'est pas mauvais de donner au talon une obliquité et une longueur qui lui permette de soutenir comme un arc-boutant la partie postérieure de la gaine en cuir, dans laquelle le membre est enfermé, principalement au point où s'est faite la réunion osseuse.

Permettez-moi, en terminant, de résumer sous forme de conclusions les principaux traits qui ressortent de l'expérience que j'ai faite de cette opération et des observations que j'ai analysées : je considère que la résection ostéo-plastique du pied dite de Wladimiroff-Mikulicz est destinée à fournir un utile appoint à la chirurgie conservatrice, non seulement à la suite des lésions traumatiques du cou-de-pied, mais dans un certain nombre d'ostéites et d'ostéo-arthrites tuberculeuses, développées particulièrement dans la rangée postérieure des os du tarse et dans les articulations conjointes, arthrites et ostéo-arthrites pour lesquelles on était amené à pratiquer jusqu'à présent l'amputation du membre.

Dans certaines conditions favorables d'âge et d'état général, elle paraît tout particulièrement convenir aux cas auxquels la ré-

section tibio-tarsienne et l'amputation ostéo-plastique de M. Le Fort ne peuvent s'appliquer, à ceux où l'avant-pied est sain, mais où le calcanéum participe aux lésions.

Il faut, dans la pratique de cette opération, suivre les règles adoptées pour l'exécution de toutes les résections ; ménager avec le plus grand soin les parties molles, les vaisseaux et le nerf tibial postérieur. Pour y arriver, l'incision externe en T renversé que j'ai adopté est celle qui me paraît le mieux convenir ; elle permet d'arriver directement sur les lésions, d'en reconnaître la profondeur et l'étendue, et de pratiquer suivant les résultats de cette constatation l'opération qu'on juge nécessaire, résection tibio-tarsienne, résection ostéo-plastique ou amputation par le procédé de M. Le Fort.

On n'a nullement à se préoccuper du bourrelet formé par l'exubérance des parties molles que l'on conserve ; il disparaît par le fait d'un travail de retrait progressif, mais très rapide qui laisse à sa suite un résultat satisfaisant même au point de vue de la forme.

La suture au catgut des extrémités osseuses sectionnées et mises au contact est une des conditions de l'immobilisation consécutive nécessaire pour obtenir une fusion complète de ces os par la formation d'un cal solide. Celle-ci sera favorisée par l'application d'un appareil compressif et immobilisateur qu'on laissera en place le plus longtemps possible.

L'opération nouvelle, comme toutes les résections, expose à des récidives de l'affection pour laquelle on l'a pratiquée, plus que l'amputation du membre ; mais elle peut éviter une mutilation, et elle donne, quand elle réussit, un bon résultat fonctionnel. En choisissant avec soin les cas pour lesquels on la pratique, en perfectionnant son manuel opératoire et en insistant sur l'observation stricte des règles antiseptiques, on verra probablement diminuer la fréquence de ces insuccès ; ceux-ci ne doivent donc pas en faire rejeter l'emploi, comme ils n'ont point fait renoncer à la résection du genou, grâce à laquelle l'on conserve aujourd'hui un nombre considérable de membres auxquels l'amputation seule paraissait naguère applicable.

Discussion.

M. P. SECOND. Si j'ai demandé la parole à propos de la communication si complète de mon ami M. Berger, ce n'est point pour discuter les avantages ou les inconvénients de l'opération de Wladimiroff. A la vérité, je me sens peu disposé à pratiquer cette opération ; je vois mal ses avantages et j'imagine que ses indications, chez les tuberculeux, doivent être rares. Mais ce n'est là

qu'une opinion personnelle, et je n'ai pas encore les documents voulus pour la défendre. La réflexion que je désire faire aujourd'hui est d'ordre plus général et concerne l'opinion qu'on doit se faire sur la valeur des interventions partielles dans la tuberculose osseuse des os du pied.

Notre collègue, M. Berger, nous a très nettement accusé ses tendances à cet égard. Pour lui, ces interventions partielles sont des opérations excellentes; les résultats qu'elles donnent sont tous les jours plus parfaits, et les malades les préfèrent toujours aux interventions plus radicales. Or, je tiens à dire qu'après avoir observé ou soigné un grand nombre d'affections tuberculeuses du pied, je suis arrivé à des conclusions diamétralement opposées. Pour moi, les interventions partielles dont il est question sont des opérations plus que médiocres; les résultats qu'elles donnent sont aussi peu durables que par le passé, et j'ai toujours facilement décidé mes malades à subir d'emblée l'amputation.

Il va sans dire que je parle seulement de la tuberculose des adultes. Chez les enfants, la situation est bien différente et les méthodes conservatrices reprennent tous leurs droits. Il est bien clair enfin que dans une question aussi complexe, on aurait grand tort de se montrer trop absolu. L'âge des malades, leur situation sociale, leur état général sont, avec la nature des lésions locales, autant de facteurs à prendre en considération, et, comme toujours, nos décisions doivent suivre les variations infinies des cas particuliers, je suis le premier à le reconnaître, et c'est uniquement d'une question de tendance personnelle qu'il s'agit ici. En présence d'un cas donné de tuberculose osseuse du pied évoluant chez un adulte et paraissant localisée, M. Berger donne sa confiance aux interventions partielles; il croit à leur efficacité. Dans ces conditions précises, ma tendance est inverse, et je crois qu'il y a tout avantage à pratiquer d'emblée l'amputation.

J'ai par devers moi nombre d'observations qui témoignent en faveur de l'opinion que je défends, mais je ne veux pas abuser de votre attention en vous les exposant en détail. Il me suffit pour l'instant de vous dire que toutes parlent dans le même sens. Aussi bien mes convictions sont-elles aujourd'hui très fermes, et, pour mon compte, je n'ai plus le moindre doute sur la fréquence excessive des récidives après les interventions partielles et sur les indiscutables bienfaits des amputations pratiquées en temps opportun.

M. CHAUVEL. Au point de vue général, je partage l'opinion de M. Segond.

Je veux demander à M. Berger de faire une distinction entre les cas de lésions tuberculeuses et les lésions traumatiques au point de vue du manuel opératoire. Ainsi, s'il s'agit de l'ablation du talon par un obus, l'opération de Mikulicz me paraîtrait indiquée. Mais alors l'opération serait je crois bien difficile par la simple incision externe.

Il serait bon de noter la durée de la guérison; les récidives se font parfois au bout de quelques mois.

M. PONCET (de Lyon). Le procédé qu'a indiqué M. Berger a été décrit par MM. Jaboulay et Laguaite (de Lyon) dans un récent numéro du *Lyon médical*. Je ne pourrais affirmer que le procédé soit identique en tous points, mais l'idée capitale (conservation des nerfs et des vaisseaux) est identique.

Ni moi ni M. Ollier mon maître n'avons pratiqué cette opération. Nous n'en avons pas trouvé l'indication, car, dans les lésions spontanées, l'opération n'est peut-être pas supérieure à l'opération atypique qui consiste à enlever d'abord l'astragale, puis quelques mois après le calcanéum, etc. Les résultats sont excellents. L'âge doit être considéré, ainsi que M. Ollier l'a bien indiqué. Bonnes dans le jeune âge, jusqu'à 15 ou 16 ans, les tarsectomies partielles sont plus ou moins mauvaises, il est vrai, plus tard.

Il m'est arrivé d'enlever tout le tarse chez de jeunes sujets et d'avoir d'excellents résultats.

M. SCHWARTZ. Pendant mon voyage à l'étranger, j'ai eu l'occasion de voir 5 cas, et j'ai été frappé des beaux résultats. J'ai vu entre autres à Varsovie une jeune fille opérée par Kreisky par un procédé très analogue à celui que M. Berger a signalé. Le bourrelet antérieur avait presque disparu, la jeune fille courait avec agilité. Il avait employé la réunion primitive secondaire. Il s'agissait toujours de sujets jeunes et de lésions tuberculeuses.

M. PRENGRUEBER. Dans une ostéo-arthrite tuberculeuse du cou-de-pied, j'ai dû récemment faire une amputation après avoir essayé de faire une résection, mais l'étendue des lésions osseuses a montré l'utilité supérieure de l'amputation. J'avais débité l'os tranche par tranche sans arriver à la limite de l'altération.

M. DESPRÉS. J'ai eu dernièrement un malade à qui on avait fait un grattage pour une lésion osseuse du tarse qui n'avait pas amené de guérison; je l'ai traité par les pointes de feu et la compression; et il est en voie de guérison. Ce traitement doit toujours être essayé avant d'en venir aux opérations plus ou moins ingé-

nieuses dont on nous parle. Par une temporisation intelligente, on arrive à des résultats supérieurs à ceux qui transforment les opérées en digitigrades.

J'appliquerai à tous ces procédés le mot de Malgaigne, disant à un élève qui passait sa thèse : « Dans votre travail, il y a du vieux et du nouveau. — Ce qui est bon n'est pas nouveau, ce qui est nouveau n'est pas bon. »

M. POLAILLON. L'incision que M. Berger a employée est très ancienne. C'est celle que Hilton a décrite pour l'extirpation totale du calcanéum. Dans un mémoire que j'ai fait à ce sujet, j'ai soutenu que l'extirpation du calcanéum, bonne chez les jeunes gens, était mauvaise chez les adultes et les sujets âgés.

M. BERGER. Je ne puis engager une discussion sur le mérite relatif des opérations partielles et l'amputation dans les lésions tuberculeuses. Il y a des chirurgiens conservateurs ; à eux s'adresse l'opération de Wladimiroff-Mikulicz, et c'est pour cela que j'ai établi un parallèle entre les diverses opérations qui ont pour but de conserver le membre.

Cependant je ne puis m'empêcher de répondre à quelques objections. Depuis que je suis plus antiseptique, je suis plus conservateur, et j'ai eu de bons résultats, dépassant souvent mes espérances.

Les cas dont a parlé M. Schwartz et le mien sont très démonstratifs. Dans mon cas, je pensais d'abord faire une amputation, et c'est devant le refus absolu du sujet que j'ai fait l'opération de Wladimiroff-Mikulicz ; la malade a guéri, quoique tuberculeuse.

Du reste, si ces opérations conservatrices échouent, il est toujours temps plus tard de faire une amputation.

On doit faire toutes ces opérations et en particulier celle de Wladimiroff-Mikulicz, surtout chez les jeunes sujets atteints de tuberculoses limitées tibio et médio-tarsiennes ; cette opération est aussi très utile dans les lésions traumatiques, et Mac Corinac l'a faite dans un cas d'écrasement. Je la considère comme indiquée dans les cas où le talon a été emporté.

Je ne revendique pas la priorité de l'incision externe dans toutes les résections du cou-de-pied, mais je la recommande comme la meilleure, et je crois être le premier à l'avoir pratiquée dans l'opération en question.

Élection.

Élection d'une commission pour l'examen des candidats à la place de membre titulaire.

Nombre de votants, 20. — Majorité, 11.

Ont obtenu :

| | |
|------------------------------|----------|
| MM. Jalaguier, élu | 18 voix. |
| Monod, élu. | 15 — |
| Terrillon, élu. | 12 — |

Lecture.

M. NIMIER lit une observation de *luxation récidivante de la rotule en dehors*.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
S. POZZI.

Séance du 1^{er} mai 1889.

Présidence de M. NICAISE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

- 1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;
- 2° *De la tarsectomie postérieure dans les pieds bots même osseux*, par M. LINGER (de Liège) ;
- 3° *Nouveaux procédés pour pratiquer l'amputation istéo-plastique de l'arrière-pied*, par les D^{rs} JABOULAY et LAGUAITE (de Lyon).
Extrait du *Lyon médical* ;

4° *Impotence fonctionnelle du membre inférieur du genou*, par le D^r GAURON (de Pont-Saint-Maxence) [M. Richelot, rapporteur];

5° *Sur l'origine infectieuse du tétanos des nouveau-nés*, par M. LOPE, externe des hôpitaux de Marseille (Commissaire : M. Richelot);

6° *L'irrigation naso-pharyngienne*, par le D^r Paul RAUGÉ;

7° M. le professeur ALBERT (de Vienne), correspondant étranger, diverses brochures chirurgicales sur : 1° *La Commotion cérébrale*; 2° *Diagnostic de la strume-maligne*; 3° *Un cas particulier de déchirure du sac herniaire par le taxis*; 4° *Étude sur la pression du cerveau*; 5° *Un cas rare de maladie de la langue*; 6° *Quelques opérations sur les nerfs*; 7° *Rapport annuel de la première clinique chirurgicale pour 1887*.

A propos du procès-verbal.

M. OLLIER. Je profite de ce que mon nom a été prononcé pour dire quelques mots à propos de la résection de Wladimiroff Mikulicz. Depuis quatre ans, je n'ai pas trouvé un seul cas d'indication quoique ayant fait plus de quarante tarsectomies.

Je ne comprends pas l'utilité de cette opération quand la peau du talon est intacte et même quand elle est traversée par des fistules. Ce n'est que dans les cas d'altération organique (épithélioma, etc.) ayant enlevé la peau du talon qu'elle pourrait trouver une indication véritable.

Je vous présente ici une photographie d'un pied d'une jeune fille à qui j'ai extirpé l'astragale après que M. Vincent eût enlevé le calcaneum. Cette malade quitta le service marchant mal. Je l'ai suivie. Je l'ai retrouvée dans les montagnes des Alpes : elle avait fait le dimanche précédent 30 kilomètres avec une chaussure ordinaire. On voit sur cette photographie que le calcaneum est saillant en arrière et que la voûte plantaire persiste. La malléole seule est plus basse, et il y a une saillie au niveau de l'extrémité antérieure du premier métatarsien produite par le frottement. La reproduction du calcaneum s'est faite ; quant à l'astragale, il ne se reproduit pas ; mais une masse fibreuse le remplace.

La défectuosité produite par la saillie du premier métatarsien (bourse séreuse) est due à la rétraction du fléchisseur propre du gros orteil dont la gaine est ouverte, et cela quand on ne fait pas attention à redresser l'orteil pendant la cicatrisation. On peut la

prévenir en redressant la deuxième phalange du gros orteil pendant la cicatrisation. Le traitement orthopédique complémentaire est donc indispensable ici comme ailleurs.

Les opérations conservatrices dont on a abusé un peu aujourd'hui, — raclage et ablation, — empêchent trop souvent la résection typique et conduisent plus tard à l'amputation. Chez les enfants il faut être très économe ; car les séquestres une fois enlevés, les lésions osseuses guérissent souvent par le simple traitement général. Les *opérations économiques*, qui sont très séduisantes, doivent être très restreintes dans leurs applications, et des observations de longue date, recueillies en grand nombre, sont indispensables pour les juger.

Dans les cas de tuberculose, quand les lésions sont très avancées, il y a une opération qui n'est pas celle de Mikulickz et qui est très bonne : c'est l'utilisation du talon antérieur pour faire un talon postérieur par une sorte de transplantation qui permet de donner au moignon un point d'appui solide et efficace.

Communication.

De la suppression du drainage dans les grandes opérations chirurgicales

Par le Dr JULES BÖCKEL,

Membre correspondant de la Société de chirurgie.

De tout temps je me suis élevé contre l'abus du drainage, que quelques chirurgiens pratiquent encore trop largement suivant moi.

Tous mes travaux en font foi (1).

Suppression du drain après vingt-quatre heures dans la majorité des cas, trente-six ou quarante-huit heures au maximum ; *renouvellement* de pansement *unique* pour satisfaire à cette indication, telle était il y a quelques mois encore la formule générale du traitement post opératoire que j'appliquais à mes opérés. J'ajoute que la plupart guérissaient ainsi en quelques jours sans suppuration, quelquefois avec une fistule le long du trajet du tube, fistule qui se cicatrisait bien vite d'habitude. J'ai fourni la preuve de ce que j'avance ici dans différents ouvrages, dans une série de communications à plusieurs sociétés savantes.

¹ Consulter entre autres mes *Fragments de chirurgie antiseptique* (grand in-8°, Paris, F. Alcan, 1882). *Communications à la Société de médecine de Strasbourg*, 1879 à 1888, etc.

L'idéal que je rêvais comme plusieurs de mes collègues était de supprimer entièrement le drainage et de guérir mes malades sous le pansement opératoire, c'est-à-dire sous le pansement vraiment durable; celui que j'employais jusqu'ici ne le devenait qu'après vingt-quatre heures, c'est-à-dire après l'enlèvement du drain. C'était déjà quelque chose, mais il me semblait qu'on pouvait faire mieux.

Dans certains cas, l'ovariotomie, l'ostéotomie, l'extirpation des petites tumeurs, le pansement permanent était chose admise. Il en était de même des plaies de moindre importance que l'on ne réunissait pas (désarticulations des doigts, des orteils, etc.). Quant à celles qui résultaient d'opérations plus sérieuses, et que j'avais suturées, c'était différent. Jusque dans ces derniers temps je n'avais osé supprimer le drain. Je partageais à cet égard la manière de voir de la majorité des chirurgiens; comme la plupart d'entre vous j'étais peu disposé à me lancer dans cette voie, le maintien du drain me paraissant offrir une sécurité plus grande. Je n'étais pas absolument hostile à cette pratique toutefois. Dans une des dernières séances de notre ancienne société de médecine, je disais ceci: « Avec une antisepsie parfaite, des sutures perdues des différents plans profonds, on arrivera peut-être un jour à supprimer systématiquement le drainage.

Actuellement je n'ai pas d'expérience à ce sujet, et ne suis pas en mesure de me prononcer...

C'est assurément une question à étudier, et lorsque je pourrai présenter une série d'opérés graves, traités et guéris sans drainage, je modifierai bien certainement mon opinion sur ce point. »

Pour moi la question est aujourd'hui tranchée; je suis entièrement converti et absolument convaincu que le drainage est une erreur chirurgicale, presque un non sens et que le pansement durable avec réunion immédiate peut être appliqué dans les traumatismes chirurgicaux graves les plus variés, quel qu'en soit le siège.

J'en ai la démonstration éclatante dans une série de trente-trois opérations graves pratiquées dans ces derniers temps et toutes suivies de guérison.

En voici d'abord l'énoncé sommaire:

Trépanation du crâne; 1 cas.

Ganglions suppurés du cou; 3 cas.

Carcinome du sein; 4 cas, dont deux avec dénudation de la veine axillaire sur une étendue de 6 et 8 centimètres, et un autre avec ostéotomie temporaire de la clavicule et résection de 10 centimètres de la veine axillaire.

Mastite parenchymateuse du sein avec évidemment méthodique de la mamelle ; 1 cas. Cette observation mérite une mention spéciale, à cause du procédé nouveau que j'ai imaginé et de la rapidité merveilleuse de la guérison.

Adénite axillaire ; 3 cas.

Adénite inguinale ; 2 cas.

Castration ; 1 cas (tumeur grosse comme deux poings).

Cure radicale de hernie ; 2 cas.

Ligature de la fémorale ; 1 cas.

Abcès froid de la cuisse ; 1 cas.

Tumeur volumineuse du creux poplité ; 1 cas.

Taille articulaire du genou ; 1 cas.

Amputation de la cuisse ; 1 cas.

Amputation de la jambe ; 1 cas.

Réséction du genou ; 10 cas¹.

Quelques-unes de ces opérations méritent de fixer notre attention.

Voici d'abord une *trépanation* du crâne pour fracture compliquée du pariétal avec enfoncement des fragments, qui guérit sous le pansement durable sans drainage au bout de vingt-huit jours.

TRÉPANATION DU CRANE.

Obs. I. — *Fracture compliquée du pariétal. Résection des fragments. Guérison sous le pansement durable resté en place pendant vingt-huit jours.*

Hogel (Emma), 6 ans, entre à l'hôpital le 6 octobre 1888. Une tuile, qu'elle a reçue sur la tête le 4 octobre, a produit une fracture étoilée, compliquée de plaie, du pariétal gauche. Pas de symptôme cérébral.

Opération à la gouge et au maillet le 6, deux heures après son entrée à l'hôpital. Enfoncement du crâne de 6 millimètres. Fracture étoilée avec chevauchement des os. J'extrais cinq fragments en partie détachés, dont le plus grand mesure 3 centimètres de long sur 2,5 de

¹ Depuis cette communication j'ai eu l'occasion de faire avec succès les opérations suivantes sans drainage :

Réséction du genou ; 4 cas.

Arthrotomie pour arthrite suppurée du genou ; 1 cas.

Carcinome de l'aisselle ; 2 cas, dont 1 avec réséction de 8 centimètres de la veine axillaire.

Évidement du sein pour mastite parenchymateuse ; 1 cas.

Extirpation du goître ; 1 cas.

Myxo-sarcome du temporal ; 1 cas.

Amputation de jambe ; 1 cas.

Hernie ombilicale étranglée ; 1 cas.

Ce qui porte ma statistique à 45 faits d'opérations graves sans drainage.

large. Toilette de la plaie. Suture des angles ; le centre de la plaie est maintenu béant. Pansement sans drainage.

Suites bénignes. Apyrexie complète. Pas d'accidents. Ce premier et unique pansement reste en place pendant quatre semaines. Lorsque je l'enlève le 2 novembre (28^e jour) la plaie est entièrement cicatrisée.

La petite opérée est renvoyée dans ses foyers deux jours après. Guérison bien maintenue depuis lors.

Viennent ensuite trois cas d'extirpation de ganglions cervicaux, suppurés et adhérents, qui ont guéri sous le pansement unique sans drainage le 5^e (2 cas) et le 6^e jour. J'ajoute qu'il n'y a pas eu de fistule consécutive et que la guérison s'est bien maintenue.

GANGLIONS DU COU.

Obs. II. — *Ganglions suppurés du creux sus-claviculaire. Extirpation. Réunion sans drainage. Guérison absolue le 9^e jour, sans fistule consécutive.*

Sœur E... porte depuis plusieurs mois une tumeur ganglionnaire du volume d'une petite pomme dans le creux sus-claviculaire gauche. Cette tumeur est composée d'une série de petites glandes très denses de la grosseur d'une fève. Elle est peu mobile, et paraît adhérer dans la profondeur.

Extirpation le 17 mars 1889 par une incision courbe de 10 centimètres. Les adhérences rendent la dissection laborieuse ; la plaie qui résulte de l'opération est profonde de 4 centimètres, longue de 10 et large de 8. Réunion absolue sans drainage, après ligature de 5 ou 6 artérioles et désinfection du foyer avec le subliné. Plusieurs de ces ganglions étaient caséux ; quelques-uns d'entre eux s'étaient rompus au cours de l'opération sous la pression des doigts.

Pansement très exactement compressif avec une éponge entourée de gaze iodoforme et plusieurs morceaux de gaze sublimée, chiffonnée. Ouate et bande ordinaire passant sous l'aisselle en 8 de chiffre. T.S. 37,8.

Suites des plus simples. Température maxima 38,1 le soir du deuxième jour. Guérison absolue le 25 mars (9^e jour) sans une goutte de pus. Réunion sans fistule, maintenue depuis lors.

Courbe :

| | Temp. matin. | Temp. soir. |
|-----------------|--------------|-------------|
| Le 18 mars..... | 36°8 | 38°1 |
| Le 19..... | 37,6 | 37,4 |
| Le 20..... | 36,6 | 37,1 |
| Le 21..... | 36,5 | 37,5 |
| Le 22..... | 37,5 | 37,6 |
| Le 23..... | 36,5 | 37,0 |
| Le 24..... | 36,6 | 37,8 |
| Le 25..... | 37,5 | 37,6 |
| Le 26..... | 36,5 | 37,2 |
| Le 27..... | 37 | 36,3 |
| Le 28..... | 36,2 | 37,4 |
| Le 29..... | 36,6 | 37,6 |

Obs. III. — *Ganglions suppurés du cou. Extirpation. Réunion sans drainage. Guérison absolue le 9^e jour. Pas de fistule ultérieure.*

Justin Lorentz, 28 ans. Ganglions du cou suppurés sans fistule extérieure, situés en arrière, le long du sterno-cléido-mastoïdien.

Extirpation le 8 janvier (hôpital civil). Incision verticale de 9 centimètres. Guérison absolue sans *drainage* le 16 (9^e jour). Exeat le 17, n'ayant pour tout pansement qu'un carré de coton ordinaire et une cravate. Guérison maintenue. Pas d'accident local ultérieur. Apyrexie complète (37,5 maximum).

Obs. IV. — *Ganglions carotidiens suppurés. Extirpation. Réunion sans drainage. Guérison absolue le 6^e jour. Pas de fistule ultérieure.*

H. Marie, 28 ans. Ganglions carotidiens adhérents, suppurés au centre. Extirpation le 26 mars dernier (hôpital civil) par une incision longue de 15 centimètres. Réunion sans drainage à l'aide de 7 points de suture, dont 3 profonds et 4 superficiels.

Levée du pansement et enlèvement des fils le 31 (6^e jour). Réunion absolue sans une goutte de pus. On applique du coton ordinaire et une cravate pour protéger du froid. Exeat le 1^{er} avril (7^e jour). Pas de complication ultérieure.

Je note ensuite trois amputations du sein avec curage de l'aisselle et dénudation des vaisseaux axillaires sur une étendue de 6 et 8 centimètres qui guérissent le 8^e (2 fois) et le 9^e jour *sans drainage*, sans un seul pansement.

TUMEURS DU SEIN ET DE L'AISSELLE.

Obs. V. — *Carcinome du sein. Amputation et curage de l'aisselle. Guérison absolue le 9^e jour sous le pansement opératoire et sans drainage.*

M^{me} K..., 58 ans, des environs de Metz. Entrée au diaconat le 14 avril dernier pour y subir l'amputation du sein atteint de carcinome. Opération le 15 avril. Amputation du sein et curage de l'aisselle. La plaie du sein mesure 18 centimètres de largeur après l'extirpation. Elle ne peut être réunie que sous une très forte tension. Du côté de l'aisselle, il y a un excédent de peau; pour faciliter la réunion et éviter les clapiers, j'en retranche une bande longitudinale de 4 centimètres.

Toute la plaie est réunie *sans drainage* et pansée avec de la gaze iodée et sublimé et du coton. Le bras et l'avant-bras sont compris d'emblée dans le pansement et maintenus contre le tronc à l'aide d'une bande de tarlatane neuve. Le 17, l'opérée se lève pour la première fois. Elle n'éprouve pas la moindre douleur.

Le 19 (5^e jour), elle descend au jardin.

Le 24, on enlève le pansement et les sutures. La réunion est parfaite sans la moindre gouttelette de pus : le pansement est absolument sec ; (13^e jour), pas de fistule consécutive. Exeat le 27.

Obs. VI. — *Carcinome du sein. Amputation et curage de l'aisselle. Dénudation des vaisseaux sur une étendue de 8 centimètres. Guérison sans drainage, sous un seul pansement, au bout de huit jours.*

M^{me} Weisslinger, 56 ans. Carcinome étendu du sein gauche avec volumineux paquet ganglionnaire dans l'aisselle. Extirpation du sein le 8 mars dernier. Curage de l'aisselle avec dénudation des vaisseaux axillaires sur une étendue de 8 centimètres. Réunion de toute la plaie qui mesure 20 centimètres en travers et 26 en longueur. Pas de drainage. Le poids de la tumeur enlevée est de 2¹/₂ 200; l'opérée, fortement obèse, pèse 240 livres : elle est paralysée de la jambe du côté opposé depuis huit ans et peut à peine se mouvoir.

La réunion est complète au bout de huit jours sans une goutte de pus ; dans l'aisselle, la réunion tient définitivement ; du côté du sein, il se produit un point de mortification des tissus vers l'angle externe de la plaie, due sans doute à un excès de tension. Pas d'accident autre.

Obs. VII. — *Carcinome du sein. Amputation. Curage de l'aisselle. Dénudation de la veine axillaire sur une étendue de 6 centimètres. Guérison sans drainage sous le pansement opératoire resté huit jours en place.*

Sœur Marie Albert, 49 ans, entre à l'hôpital civil pour un carcinome du sein avec ganglions axillaires. Amputation le 16 avril 1889. Curage de l'aisselle qui met la veine axillaire à nu sur une étendue de 6 centimètres. Hémostase. Ligatures au catgut. La plaie, qui mesure 20 centimètres de longueur sur 14 de largeur, est réunie dans toute son étendue. Une série de huit sutures profondes, entre lesquelles je place une dizaine de sutures superficielles, assure l'affrontement. Désinfection de la plaie. Pas de drainage. Apyrexie complète. La température n'atteint pas 37^o,6. Ce pansement unique reste en place jusqu'au 23 août (8^e jour). A cette date, la plaie est bien réunie sans une goutte de pus. L'opérée quitte l'hôpital le 26 (11^e jour).

Le cas le plus remarquable de cette série est le suivant :

Obs. VIII. — *Carcinome récidivé du sein après cinq ans. Localisation aux ganglions axillaires et sus-claviculaires. Ostéotomie temporaire de la clavicule. Résection de 10 centimètres de la veine jugulaire à partir de 3 centimètres au-dessus de la clavicule. Réunion sans drainage. Suture osseuse de la clavicule. Guérison sous le pansement permanent au bout de quinze jours. Exeat le 17^e jour.*

Vierling (Madeleine), 59 ans, entrée le 12 avril dernier à la salle 105 pour une récidive de carcinome. En 1884, elle a subi l'amputation du sein et est restée guérie depuis cinq ans. Actuellement on constate

dans l'aisselle un paquet ganglionnaire de la grosseur d'une pomme. La région du sein est intacte : il n'y a de récidive qu'au point indiqué.

Opération le 14 avril. Incision verticale de 20 centimètres à partir de la clavicule. On enlève une bande de tissu cicatriciel et plusieurs gros ganglions dégénérés. En poursuivant la dissection vers la clavicule, force est de diviser le grand et le petit pectoral. Je constate une trainée lymphatique épaisse, dégénérée, qui s'engage sous la clavicule.

Cette trainée, de même que les vaisseaux axillaires, a été attirée en bas par la cicatrice ; dissection laborieuse de noyaux cancéreux englobant la veine axillaire. Ne pouvant atteindre la limite supérieure du mal, je me décide à faire séance tenante la résection temporaire, ou mieux l'*ostéotomie linéaire* de la clavicule en son milieu. J'arrive alors à enlever les noyaux qui se sont propagés jusque-là, au prix de la résection de 10 centimètres de la veine axillaire, à partir de son origine. Plusieurs artérioles sont divisées et liées contre le tronc de l'artère sous-clavière. Désinfection minutieuse. Réunion des deux fragments de la clavicule, préalablement perforée à l'aide d'un drill, au moyen d'un fil de crin de Florence que j'abandonne, après en avoir coupé ras les bouts. Suture de la plaie à l'aide d'une série de points de suture profonds et de quelques fils superficiels. L'angle inférieur de la plaie est laissé ouvert ; mais je n'y place pas de drain. Pansement. Immobilisation du bras contre le tronc à l'aide d'une bande de tarlatane.

Ce premier et unique pansement reste en place jusqu'au 26 (15^e jour) ; à cette date, la réunion est parfaite sur toute la ligne. On enlève les fils. Pansement au coton de précaution avec immobilisation du bras pour favoriser la consolidation de la clavicule. Exeat le 28 (17^e jour). Le 28^e jour la clavicule est entièrement consolidée ; la réunion s'est bien maintenue.

Un cas fort instructif aussi est celui d'une femme atteinte de mastite parenchymateuse aiguë, guérie radicalement en huit jours par un procédé que je n'ai vu signalé nulle part, et que je crois avoir pratiqué le premier.

Ces abcès à répétition, personne ne l'ignore, font bien souvent le désespoir des malheureuses qui en sont atteintes et des chirurgiens appelés à les guérir. Ils nécessitent d'ordinaire une série d'interventions, de débridements sous chloroforme et exigent parfois des mois, voire même des années pour se cicatriser. Jusqu'à ce jour, il ne semble pas, à en juger par les ouvrages classiques les plus récents (Tillaux, *Chir. clinique*; Kœnig, *trad. Pathol. externe*; Comte), qu'on ait rien tenté pour les guérir vite et radicalement. Et pourtant, j'estime qu'il y a mieux à faire que de les inciser purement et simplement.

Pourquoi, dans ces cas, ne pas faire un évidement en règle de tout le sein ? Pourquoi ne pas extirper radicalement tous les lobes

atteints? La méthode antiseptique ne nous autorise-t-elle pas à agir de la sorte? Bien plus, ne nous permet-elle pas aujourd'hui de tenter même la réunion d'un foyer ainsi transformé, rendu aseptique grâce aux précautions, aux manœuvres que l'antisepsie nous aura permis de réaliser?

La méthode que je préconise, je l'ai appliquée tout dernièrement avec le plus grand succès dans le cas suivant :

Obs. IX. — *Mastite parenchymateuse aiguë. Évidement du sein. Réunion sans drainage. Guérison absolue au bout de 8 jours.*

Marie Claudon, 40 ans. Abscess profond du sein gauche, ayant débuté il y a quinze jours. Point ramolli et fluctuant dans le voisinage du mamelon. T. 39,5.

Opération le 15 février 1889. Incision de 5 centimètres au niveau du point ramolli. Issue d'un flot de pus crémeux. Introduisant le doigt dans la plaie, je déchire un certain nombre de loges profondes renfermant du pus. Incisions de décharge. Je passe l'index dans une de ces incisions et fais sourdre un pus épais, qui s'écoule mal. En retirant le doigt, je ramène un détritrus de tissu glandulaire en voie de nécrose.

Jugeant que la désinfection complète du foyer présentera de grandes difficultés, je prends le parti de procéder à l'évidement méthodique des portions de glande malades.

Je m'y prends de la façon suivante :

Circonscrivant la partie saillante du foyer par deux incisions elliptiques de 18 centimètres tracées au delà des incisions primitives et ayant le mamelon comme centre, je mets la glande mammaire à nu. J'enlève avec le bistouri plusieurs tranches épaisses du sein en pleine suppuration, au total 130 grammes. Plusieurs vaisseaux galactophores sont divisés pendant cette dissection et donnent issue à une certaine quantité de lait.

La plaie est désinfectée d'abord à l'aide de chlorure de zinc à 5 0/0, puis lavée au sublimé et enfin saupoudrée d'iodoforme.

Réunion hermétique de la plaie, sans drainage.

Pansement iodoformé ouaté.

Suites des plus favorables, apyrexie complète, comme l'atteste la courbe ci-jointe :

| | Temp. matin. | Temp. soir. |
|---------------------|--------------|-------------|
| Le 16 février | 37°2 | 37°3 |
| Le 17..... | 36,6 | 37,5 |
| Le 18..... | 36,5 | 37,4 |
| Le 19..... | 36,3 | 37,3 |
| Le 20..... | 36,6 | 37,5 |
| Le 21..... | 36,4 | 37,1 |
| Le 22..... | 36,3 | 37,5 |

Le 22 (8^e jour), enlèvement du pansement et des sutures. Réunion parfaite sur toute la ligne. Pansement de précaution au colon.

Exeat le 2 février (16^e jour), radicalement guérie.

Dix jours après (12 février), l'opérée se présente à la consultation. Etat général excellent. En pressant sur le sein, on fait sourdre par un pertuis situé au niveau du milieu de la cicatrice un liquide brunâtre, inodore, prouvant sans nul doute de l'hémorrhagie capillaire, consécutive à l'opération. Ce liquide est d'ailleurs aseptique : sa présence n'a entraîné ni fièvre ni douleurs.

Au bout de quelques jours, la fistulette en question se ferme spontanément. Depuis lors (près de deux mois), il n'est pas survenu le moindre accident.

Je passe sur 3 cas d'adénite axillaire guéris après extirpation sans drainage en sept, quinze et neuf jours; sur 2 cas d'extirpation de ganglions de l'aîne, sur une castration absolument guérie en sept jours sans drainage. Je signale 2 cas de cure radicale de hernie avec guérison en neuf et sept jours; une volumineuse tumeur du creux poplité guérie sans drainage le 11^e jour; enfin, une amputation de cuisse et une de jambe cicatrisées toutes deux le 11^e jour.

GANGLIONS DE L'AISSELLE.

Obs. X. — *Adénite axillaire volumineuse. Extirpation. Guérison sans drainage sous le pansement permanent au bout de sept jours. Pas de fistule ultérieure.*

Rösch (Joséphine), 21 ans, entrée à l'hôpital le 24 août 1888. Ganglions axillaires dont quelques-uns caséux avec cellules géantes, pas de bacilles. La tumeur, qui a débuté il y a un an, mesure actuellement 17 centimètres de longueur.

Extirpation le 16 août. Opération facile. Réunion de la plaie à l'aide d'une série de sutures profondes et de quelques sutures superficielles. Compression méthodique. Pansement iodoforme ouaté. Pas de drainage.

Suites normales. Réunion sous le pansement durable en sept jours sans une goutte de pus (22 août). Exeat le 30 (15^e jour). Pas de fistule ultérieure.

Courbe thermique :

| | Temp. matin. | Temp. soir. |
|-----------------|--------------|-------------|
| Le 16 août..... | Opérat. | 37°3 |
| Le 17..... | 37°2 | 37,6 |
| Le 18..... | 37,6 | 37,8 |
| Le 19..... | 37,1 | 36,8 |
| Le 20..... | 37,6 | 36,9 |
| Le 21..... | 37,2 | 37,4 |
| Le 22..... | 37,3 | 37,5 |
| Le 23..... | 37,1 | 37,2 |
| Le 24..... | 36,6 | 37,8 |

OBS. XI. — *Ganglions tuberculeux de l'aisselle. Extirpation. Réunion sans drainage. Guérison le 15^e jour. Pas de fistule ultérieure.*

Julie S..., 49 ans. Ganglions caséeux de l'aisselle. Extirpation le 10 mai 1888 au diaconat. La plaie, longue de 12 centimètres, est désinfectée comme d'habitude, puis réunie très exactement, sans drainage; apyrexie complète les jours suivants.

Le pansement est enlevé le 24 (15^e jour). Plaie entièrement réunie sans une goutte de pus. Pas de fistule ultérieure.

OBS. XII. — *Ganglions adhérents de l'aisselle. Extirpation. Réunion sans drainage. Guérison sous deux pansements en neuf jours.*

Dunkel (Jean), 57 ans, ancien tuberculeux. Cicatrices d'abcès ganglionnaires au cou, à l'aisselle gauche, aux mollets. Actuellement, il porte sous l'aisselle droite un paquet ganglionnaire ulcéré, volumineux.

Opération à l'hôpital le 7 mars 1889. Plaie de 10 centimètres réunie sans drainage. T. S. 36°,9.

| | Temp. matin. | Temp. soir. |
|-----------------|--------------|-------------|
| Le 8 mars | 36°,7 | 37°,8 |
| Le 9 | 37,2 | 38,5 |
| Le 10 | 37,0 | 38,1 |

L'interne de service croit devoir ouvrir le pansement, à cause de l'élévation de la température. Il fait sauter deux points de suture et exprime une gouttelette de pus au niveau de l'angle inférieur de la plaie.

Le lendemain, tout rentre dans l'ordre ;

| | Temp. matin. | Temp. soir. |
|------------------|--------------|-------------|
| Le 11 mars | 37°,1 | 37°,3 |
| Le 12 | 36,5 | 36,4 |
| Le 13 | 36,3 | 36,4 |
| Le 14 | 36,5 | 37,0 |
| Le 15 | 36,7 | 36,4 |
| Le 16 | 36,2 | 36,6 |

On enlève le pansement et l'on constate que la réunion est parfaite, après avoir enlevé les fils. Au niveau de l'angle inférieur de la plaie existe un bourgeon charnu que l'on réprime avec le crayon. Exeat quelques jours plus tard.

GANGLIONS DE L'AINE.

OBS. XIII. — Haury (Joseph), 24 ans, ganglions caséeux du pli de l'aîne.

Extirpation le 29 janvier dernier par une incision de 12 centimètres. Réunion sans drainage, très minutieuse, avec fils de soie phéniquée.

Le 7 février (10^e jour), levée du pansement. Enlèvement des fils. Réunion sans une goutte de pus. Plaie restée réunie depuis lors.

Obs. XIV. — *Sarcome ulcéré de la cuisse avec ganglions inguinaux. Extirpation. Réunion sans drainage. Guérison en douze jours.*

M^{me} R..., 46 ans, sarcome ulcéré de la région moyenne et postérieure de la cuisse, du volume d'un poing d'adulte; adénite inguinale concomitante très développée, occupant la base du triangle de Scarpa, où elle forme une tumeur irrégulière, bosselée, qui s'étend en dedans le long des vaisseaux jusqu'au tiers moyen de la face interne du membre.

Extirpation le 21 février dernier.

Malgré une tension considérable des lèvres de la plaie postérieure, j'arrive à faire la réunion.

Quant à la tumeur inguinale, une incision de 20 centimètres est nécessaire pour la mettre à nu. Elle s'étend le long de la veine fémorale qui se trouve bientôt dénudée sur une étendue de plusieurs centimètres. Réunie à l'aide d'une douzaine de sutures, après désinfection. Pas de drainage. Pansement comme d'habitude.

Ce pansement n'est levé que le 4 mars (12^e jour). La réunion est parfaite, sans une goutte de pus. Apyrexie complète pendant le traitement. La malade rentre chez elle ce même jour, munie d'un pansement protecteur composé de ouate maintenue à l'aide d'un caleçon de bain.

Au bout de huit jours, il se produit au niveau de l'angle inférieur de la plaie de l'aine un suintement séro-sanguinolent qui dure quelques jours; puis tout rentre dans l'ordre.

CASTRATION.

Obs. XV. — D... (Simon), 38 ans, sarcome du testicule gauche de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, avec retentissement ganglionnaire.

Castration le 10 décembre 1888. Ligature du cordon, après fragmentation en deux faisceaux, à l'aide d'un fil de soie phéniqué. Suture de la séreuse à la surface du moignon. Il reste un excédent de peau considérable après l'extirpation de la tumeur. J'en retranche une bande de 3 à 4 centimètres de chaque côté, de manière à avoir une plaie absolument plate, qui se réunit sous une certaine tension; mais c'est une circonstance favorable qui permettra la guérison sans drainage.

De fait, le 16 décembre (7^e jour), la plaie est absolument réunie sous le premier pansement; elle l'est restée depuis lors. Suppression de tout pansement à partir de ce jour.

Le 17 décembre, je procède à l'extirpation des ganglions de l'aine, et suis amené à ouvrir l'abdomen au-dessus du ligament de Poupart, pour extraire une chaîne de ganglions située dans cette région. Le péritoine est incisé; plusieurs gros ganglions sont extraits, mais,

dans la profondeur, il est impossible de les atteindre tous, tant ils sont adhérents aux différents organes; force m'est de refermer le ventre et de borner là mon intervention.

L'opéré se relève vite de ce deuxième choc. Au bout d'une dizaine de jours, la plaie est cicatrisée, et quelques jours plus tard je conseille à M. S... de retourner dans ses foyers, ne prévoyant que trop l'issue fatale de l'affection qui l'avait déterminé à venir réclamer mon intervention.

CURE RADICALE DE HERNIES.

Obs. XVI. — Morel (Edmond), 37 ans, porte depuis dix ans une hernie inguinale qui n'a jamais été maintenue. Je lui fais l'opération de la cure radicale, d'après le procédé de notre collègue M. Lucas-Championnière, le 11 février 1889.

Le sac est lié en deux faisceaux, puis réséqué au devant de la ligature.

Réunion de la plaie qui mesure 12 centimètres, *sans drainage*.

Apyrexie complète. Température maxima, 37,5.

Le 19 (9^e jour), enlèvement du pansement et des fils. Réunion sans une goutte de pus. On prend la mesure pour un bandage herniaire. L'opéré se lève le 20.

Exeat le 25 (15^e jour), portant son bandage; une rondelle d'amadou protège la cicatrice; voilà tout. Pas la moindre tendance à la récurrence. Pas d'accident local ultérieur. Pas de fistule consécutive.

Obs. XVII. — M^{me} Wurtz, âgée de 68 ans, entre le 13 avril dernier au soir au diaconat pour s'y faire opérer d'une *hernie étranglée*.

Le débridement accompli, je réduis l'intestin et fais ensuite la cure radicale.

Dans ce but, je décolle le sac aussi haut que possible, l'isole de tous côtés et le lie à sa base en deux faisceaux séparés.

Réunion de la plaie, qui mesure 9 centimètres sans drainage.

Suites des plus simples. Au bout de vingt-quatre heures, l'opéré rend des gaz par l'anus.

Le 18, première selle provoquée.

Le 20 (7^e jour), guérison absolue sans une goutte de pus.

Mort de pneumonie au bout de huit jours. Rien du côté de la plaie, qui est restée fermée.

ANÉVRYSME DE LA POPLITÉE.

Obs. XVIII. — *Anévrysme de la poplitée. Ligature de la fémorale dans le triangle de Scarpa. Guérison sans drainage sous le pansement durable resté huit jours en place.*

Herklé (Jean), 56 ans, charpentier, entre le 29 juillet 1887 à l'hôpital civil (salle 103).

Anévrysme poplité remarqué pour la première fois il y a cinq semaines.

Le 1^{er} août, ligature de la fémorale à la base du triangle de Scarpa à l'aide d'un fil de catgut. Réunion à la soie phéniquée de l'incision cutanée. Pas de drainage. Pansement iodoforme, ouaté.

Suites normales : apyrexie complète.

Le 10, la guérison obtenue sous le pansement durable est définitive ; il n'y a pas trace de pus.

L'anévrysme s'étant reproduit, je procède, le 20 août, à une nouvelle opération consistant à lier l'artère immédiatement au-dessus et au-dessous de la poche anévrysmale. Je n'insiste pas ici sur les détails de cette opération qui n'ont rien à voir avec le sujet actuel.

J'ajoute seulement qu'au bout de treize jours, la guérison est obtenue sous deux pansements avec drainage, et qu'elle s'est bien maintenue depuis lors (près de deux ans).

ABCÈS FROID TUBERCULEUX.

Obs XIX. — F. A..., 69 ans. Abscess froid, datant de six mois, gros comme deux poings réunis et situé au côté interne du tiers inférieur de la cuisse. Pas la moindre communication avec le genou.

Opération le 8 mars dernier. Incision de 14 centimètres. Extirpation de la poche avec la cuillère tranchante et désinfection au ClZn à 5 0/0. Contre-ouverture déclive dans laquelle je place un bout de crayon d'iodoforme en guise de drainage. Désinfection habituelle. Suture hermétique. Immobilisation sur une attelle à pédales. Pansement ordinaire qui reste du 8 au 22 mars (quinze jours). A cette époque, la réunion est parfaite, sans la moindre trace de suppuration. On applique une simple bande de flanelle sur le membre.

Mort de méningite tuberculeuse trois semaines après.

La plaie est restée bien guérie.

TUMEUR DU CREUX POPLITÉ.

Obs. XX. — Scherff (Georges), 28 ans. Fibro-sarcome du creux poplité, s'étant développé plus particulièrement depuis trois mois.

La tumeur est fusiforme ; elle mesure 22 centimètres de longueur sur 12 de largeur.

Extirpation le 28 décembre 1885. La tumeur est située entre les deux plans musculaires ; elle a son point de départ sur le périoste du condyle interne (partie postérieure) du tibia, qui constitue une sorte de pédicule au néoplasme.

L'incision est longue de 22 centimètres ; l'opération est, grâce à l'Esmarch, peu exsangue. Je lie le pédicule avec un fil de soie, mais ne fais pas d'autre ligature.

Onze sutures, dont la plupart profondes, unissent les lèvres de la plaie, que je réunis très exactement sans drainage.

Élévation verticale du membre pendant douze heures. Le 7 janvier, (11^e jour), enlèvement du pansement et des sutures. Réunion sur toute

la ligne sans pus ni la moindre goutte de sérosité ; le pansement est absolument sec. Exeat le 10 (14^e jour).

Courbe thermique :

| | Temp. matin. | Temp. soir. |
|---------------------------------|--------------|-------------|
| Le 28 décembre..... | opérat. | 38°5 |
| Le 29..... | 37°0 | 37,5 |
| Le 30..... | 37,8 | 38,0 |
| Le 31..... | 37,4 | 38,8 |
| Le 1 ^{er} janvier..... | 37,7 | 38,6 |
| Le 2..... | 37,4 | 37,7 |
| Le 3..... | 37,5 | 37,7 |
| Le 4..... | 37,2 | 37,4 |
| Le 5..... | 37,2 | 37,8 |
| Le 6..... | 36,7 | 37,0 |

Dix jours après sa sortie, le malade m'écrivit qu'une ou deux cuillères à soupe d'un liquide brunâtre se sont écoulées par le milieu de la cicatrice, et que l'orifice s'est refermé dans les vingt-quatre heures pour ne plus se rouvrir dans la suite. Je revois, d'ailleurs, mon opéré dans le courant de mars et constate que la guérison est parfaite.

TAILLE ARTICULAIRE POUR ARTHROPHYTE.

Guérison absolue sans drainage et exeat le 12^e jour.

Obs. XXI. — H. E..., 24 ans (de Phalsbourg), entré le 22 juin 1888 au diaconat pour un corps étranger articulaire qu'il porte dans le genou gauche depuis plus d'un an.

Je fais l'arthrotomie le 23 juin et extrais sans peine le corps du délit. C'est un corps fibro-cartilagineux mesurant 3 centimètres de longueur sur 8 millimètres de largeur.

L'incision, qui est de 5 centimètres, est réunie à l'aide de trois points de suture à la soie phéniquée ; l'angle inférieur est légèrement déhiscent. Pansement ordinaire. Attelle à pédale. Suites excellentes. T. S. 37,2.

| | Temp. matin. | Temp. soir. |
|-----------------|--------------|-------------|
| Le 24 juin..... | 37°3 | 37°4 |
| Le 25..... | 36,8 | 37,4 |
| Le 26..... | 36,6 | 37,3 |
| Le 27..... | 36,9 | 36,8 |

Le 3 juillet, on défait le pansement ; réunion sans une goutte de pus. On supprime l'attelle et on applique une simple bande de toile.

Exeat le lendemain (12^e jour). Pas d'accident ni de complication ultérieure.

AMPUTATION DE CUISSE.

Guérison absolue sans drainage, sous le pansement opératoire, au bout de onze jours. Pas de fistule.

Obs. XXII. — Lipacher (E.), 20 ans, ostéosarcome de l'extrémité supérieure du tibia. Entré à la Toussaint le 20 janvier dernier.

Amputation de la cuisse le 21 au tiers moyen. Lambeau antérieur. Ligature des vaisseaux avec de la soie phéniquée. Enlèvement de l'Esmarch. Hémostase complémentaire. Pendant toutes ces manœuvres, je fais faire de fréquentes ablutions avec la solution de sublimé au 1/1000°.

Pour sécher la plaie aussi parfaitement que possible, je la tamponne pendant quelques secondes à l'aide d'un morceau de gaze iodoformée chiffonnée ; puis je la saupoudre d'une petite quantité de poudre d'iodoforme.

Suture *hermétique* de la plaie à l'aide de cinq sutures profondes à la soie phéniquée, entre lesquelles je fais huit sutures superficielles. Je ne laisse pas la moindre solution de continuité entre les fils et m'applique à faire un affrontement très régulier de la plaie. Pas de drainage.

Pansement avec gaze iodoformée sur la ligne de réunion. Coton hydrophile et coton ordinaire pour effacer les creux. Ce pansement, qui remonte jusqu'au pli de l'aîne, est maintenu à l'aide d'une bande de tarlatane apprêtée qui fait deux ou trois tours autour du bassin.

Le 25 (5^e jour), le malade se lève pendant trois heures.

Le 31 (11^e jour), la réunion est absolue ; le pansement est absolument sec. Il n'y a pas la moindre suintement. On enlève les fils à suture, qui n'ont pas occasionné l'ombre de réaction.

Voici, d'ailleurs, la courbe thermique :

| | Temp. matin. | Temp. soir. |
|--------------------|--------------|-------------|
| Le 21 janvier..... | opérat. | 38°0 |
| Le 22..... | 37°5 | 37,7 |
| Le 23..... | 37,4 | 37,5 |
| Le 24..... | 36,9 | 36,9 |
| Le 25..... | 36,9 | 36,9 |
| Le 26..... | 36,6 | 36,8 |
| Le 27..... | 36,5 | 36,6 |
| Le 28..... | 36,5 | 36,6 |
| Le 29..... | 36,4 | 36,6 |

Le 1^{er} février (12^e jour), on prend les mesures pour une jambe artificielle.

Exeat le 2 (13^e jour). L'opéré porte sur son moignon un simple bonnet de coton doublé d'ouate.

La réunion s'est admirablement maintenue depuis lors. Il n'y a pas eu le moindre suintement post-opératoire.

AMPUTATION DE JAMBE.

Guérison sans drainage, au bout de onze jours, sous le pansement opératoire.

Obs. XXIII. — La nommée W... (Salomé), 59 ans, entre le mars 1885 à la maison de santé des diaconesses. Elle a subi à deux reprises l'évidement du calcanéum, atteint d'ostéite tuberculeuse.

L'affection ayant progressé, je pratique l'amputation de la jambe au lieu d'élection, le 6 avril dernier.

Lambeau postérieur. Hémostase minutieuse. Ligature au catgut ordinaire trempé dans la solution de sublimé au moment de l'opération.

Réunion sans drainage, à l'aide d'une dizaine de fils de soie phéniquée, dont les uns sont profonds, les autres superficiels.

Pansement iodoforme-ouaté remontant jusqu'au dessus du genou.

Suite des plus favorables.

Apyrexie complète. La température, qui, avant l'opération, oscillait entre 38°,2 et 39°, n'atteint plus 37°,5 à partir de l'amputation.

Le sixième jour, la malade se lève et passe quelques heures dans un fauteuil.

Le 16 (11^e jour), la guérison est *absolue*, sans une goutte de pus.

Pas d'accident depuis lors.

RÉSECTION DU GENOU.

Dans mon livre sur la résection du genou¹, j'ai consacré un chapitre spécial au pansement permanent sans drainage. J'ai montré que, dans cette opération, le pansement en question pouvait être appliqué avec grand succès; c'est même une des opérations dans lesquelles il constitue non pas seulement un surcroît d'élégance, mais une véritable indication: celle d'assurer l'immobilisation parfaite, l'immobilisation la plus absolue, qui est de rigueur à la suite de cette résection, pour des raisons que je n'ai pas à développer ici et que tout le monde admet.

J'ai déjà publié une série de huit cas dans l'ouvrage en question. La plupart étaient fort graves; dans plusieurs, il y avait des lésions osseuses très avancées, foyers de ramollissement profond, usure étendue des cartilages, etc., etc.

Malgré ces circonstances favorables, ces huit opérés ont guéri *sans suture osseuse, sans ligature et sans drainage*, sous le seul pansement opératoire.

Voici le résumé sommaire de ces observations:

Obs. XXIV. — Aloyse (H...), 12 ans. Arthrite fongueuse suppurée du genou consécutive à un traumatisme. Forme osseuse: perforation du plateau tibial. Résection portant sur 3 centimètres d'os. Guérison sans drainage, sous le pansement opératoire non renouvelé. A la levée du pansement, le vingt-huitième jour (5 avril-5 mai 1888), consolidation absolue. Réunion parfaite, sans pus. Ankylose rectiligne. Appareil silicaté pendant un mois. Pas de fistules consécutives. Guérison bien maintenue depuis lors (un an). (Obs. XXV de mon ouvrage.)

Obs. XXV. — Champlon (Joseph), 10 ans. Arthrite fongueuse. Forme

¹ J. BÖCKEL, *De la résection du genou*. Étude basée sur une série de 64 observations personnelles, dont 47 inédites; in-8° de 197 pages. Paris, F. Alcan, 1889.

synoviale. Décubitus osseux. Résection de 16 millimètres des surfaces articulaires. Guérison *sans drainage*, sous le pansement opératoire resté trente jours en place. Consolidation permettant à l'opéré de soulever le membre sans soutien dès cette époque. Ankylose rectiligne (16 avril-19 mai 1888). Appareil silicaté pendant un mois. Pas de fistules. Guérison depuis un an bien maintenue. (Obs. XXVI, *ibid.*)

OBS. XXVI. — Nourri (Léonie), 21 ans. Arthrite tuberculeuse. Forme synoviale. Décubitus osseux. Résection de 5 centimètres. Guérison sans drainage en vingt-cinq jours. Consolidation définitive sous un appareil silicaté au bout de cinquante-six jours. Ankylose rectiligne.

(24 avril 1888). Guérison maintenue. Pas de fistule consécutive. (Obs. XXVII, *ibid.*)

OBS. XXVII. — Wolff (Philippe), 48 ans. Arthrite fongueuse suppurée. Lésions osseuses primitives très avancées. Perforation des os et foyer de ramollissement caséux. Résection de 4 centimètres et demi. Guérison sans drainage, sous le pansement opératoire, en trente jours. Consolidation définitive au bout de trois mois. Ankylose rectiligne. Se porte à merveille depuis lors (9 mai-10 juin 1888). (Obs. XXVIII, *ibid.*)

OBS. XXVIII. — Albert (Catherine), 53 ans. Arthrite déformante avec destruction des ligaments croisés. Décubitus osseux. Résection de 3 centimètres et demi. Guérison absolue le quinzième jour sous le pansement permanent, sans drainage (12-30 juillet 1888). Exeat avec appareil silicaté le dix-neuvième jour. Consolidation non encore définitive aujourd'hui. (Obs. XXIX, *ibid.*)

OBS. XXIX. — Wirth (Sophie), 20 ans. Arthrite fongueuse simple. Pas de pus. Foyers secondaires dans les os. Résection de 2 centimètres d'os. Guérison sans drainage sous le premier pansement, resté vingt-sept jours en place.

Exeat le trente-unième jour, munie d'un appareil silicaté (27 octobre-27 novembre 1888). Ankylose rectiligne. Consolidation à peu près établie : peut soulever le membre sans soutien. Consolidation définitive six semaines plus tard (11 janvier).

Santé prospère depuis lors. (Obs. XXX, *ibid.*)

OBS. XXX. — Irmann (Ève), 27 ans. Arthrite fongueuse. Usure des os et des cartilages. Résection de 2 centimètres d'os. Pansement en place pendant vingt-sept jours. Pas de drainage. Guérison absolue sans pus. Ankylose rectiligne et consolidation absolue à cette date (24 novembre-24 décembre 1888). (Obs. XXXI, *ibid.*)

OBS. XXXI. — Scheer (Rosine), 36 ans. Arthrite fongueuse suppurée. Forme synoviale. Résection de 2 centimètres et demi d'os. Pansement durable sans drainage pendant vingt-huit jours. Guérison absolue à ce moment. Consolidation définitive au bout de deux mois (24 novembre-22 décembre 1888, 3 février 1889). (Obs. XXXII, *ibid.*)

J'ajouterai deux nouvelles observations aux faits précédents :

Obs XXXII. — La première concerne un enfant de six ans, atteint depuis plus d'un an d'une arthrite fongueuse du genou, qui a été immobilisé sans succès depuis le début de l'affection.

Le 1^{er} février dernier, je fais la résection, me bornant à relancher, à l'aide du bistouri, une tranche très mince des surfaces articulaires, qui sont saines.

De fait, c'est plutôt un avivement osseux qu'une véritable résection, les portions d'os réséqués n'atteignant pas 4 millimètres. L'article ne renferme pas de pus, mais d'abondantes fongosités que j'excise avec le bistouri et la pince à dents de souris.

Pas plus que dans les observations précédentes, je ne fais de ligature, ni même une seule application de pinces hémostatiques. Toilette articulaire minutieuse, comme je l'ai indiqué dans mon livre. Suture avec de la soie phéniquée trempée dans le sublimé au moment de l'opération. Pas de drainage. Pansement iodoforme ouaté. Attelle à pédale ordinaire.

Ce premier et unique pansement reste en place pendant vingt-huit jours (du 1^{er} février au 1^{er} mars 1889).

Le 1^{er} mars, je défais l'appareil et constate que la guérison et la consolidation sont absolues. Enlèvement des fils. Pas trace de pus ni de réaction.

Quitte la maison de santé le 2 mars avec un bandage silicaté que j'eulève le 25 avril. Inutile de dire que la température a toujours été anormale; jamais elle n'a dépassé 37°,5.

Guérison parfaitement maintenue.

Obs. XXXIII. — La seconde a trait à un homme de 56 ans, M. S. Lévy, atteint d'arthrite fongueuse du genou depuis un an. Il y a trois mois, un abcès a été ouvert au côté externe du mollet.

Malgré un traitement des mieux dirigés, l'affection articulaire fait des progrès tels que la résection ne peut plus être différée.

Je la pratique à la maison de santé israélite le 4 avril dernier.

L'article renferme du pus grumeleux et d'abondantes fongosités qui sont excisées; les ménisques et les ligaments croisés sont tapissés de bourgeons de mauvaise nature, mais relativement intacts. La rotule est enlevée avec le col du sac supérieur; à l'extrémité de ce dernier, je fais une contre-ouverture pour y placer ultérieurement un crayon d'iodoforme. Les os n'étant pas altérés, je fais une résection très parcimonieuse et ne retranche que 8 millimètres du plateau tibial et 2 à peine des condyles fémoraux.

Désinfection à l'aide du ClZn à 5 0/0, puis lavage au sublimé 1/1000. Pas une seule ligature ni même une seule application de pinces hémostatiques. Je sèche la plaie avec un morceau de gaze iodoformée, puis je place le membre sur l'attelle et l'y fixe en bonne position. Après quoi je fais la réunion à l'aide de cinq points de suture profonds et de huit

à dix superficiels, le tout avec de la soie phéniquée plongée dans la solution de sublimé peu d'instants avant de m'en servir.

Pansement iodoforme ouaté. Enlèvement du tube d'Emarch. Élévation verticale du membre pendant vingt-quatre heures.

Il ne s'écoule pas la plus petite quantité de sérosité.

Les suites sont remarquablement favorables.

Au bout de quelques heures, le malade, qui éprouvait depuis des semaines de violentes douleurs, se sent soulagé.

L'apyrexie est complète. La température n'a jamais dépassé 37°,5.

Le 25 (22^e jour), je défais le premier pansement. La réunion est parfaite; les fils sont retirés et la consolidation en voie de s'établir.

Appareil silicaté et exeat le 27.

Voici jusqu'à présent la statistique des 33 opérations que j'ai faites sans drainage. Elles se sont, je le répète, toutes terminées par la guérison sous le seul pansement opératoire non renouvelé, si j'en excepte l'observation 12, où j'ai dû changer le pansement une seule fois.

Deux opérés sont morts depuis la rédaction de ce travail, l'un (obs. 19) de méningite tuberculeuse, l'autre (obs. 17) de pneumonie. Les autres, au nombre de 31, sont tous restés guéris.

La plupart de ces opérations ont été faites à l'hôpital. Et cependant nous sommes loin d'y avoir une organisation modèle sous le rapport de l'antisepsie. Quelques mots sur notre installation ne me semblent pas déplacés ici.

Nous occupons un ancien bâtiment comprenant un rez-de-chaussée, un premier et un deuxième étage. Les salles assez vastes et bien aérées ne peuvent contenir plus de quinze lits; il y a deux salles par étage, plus une chambre d'isolement de trois lits pour les cas graves ou certains malades payants. Entre la salle commune et cette pièce spéciale se trouve le réfectoire, qui sert en même temps de salle de consultations pour les malades venus du dehors; tous les matins ils y viennent en grand nombre; on devine l'atmosphère qui règne habituellement dans ce local.

Notre salle d'opérations! Que de critiques fondées on pourrait lui adresser.

Pour y arriver, il faut traverser un petit corridor étroit où les brancardiers ont de la peine à manœuvrer. Non loin de la salle d'opérations donnant sur le corridor en question et contigus à la salle des malades, se trouvent les cabinets d'aisances, dont les émanations viennent empester l'air déjà fort raréfié dudit passage. Notons que ces cabinets, vieux comme le bâtiment, n'ont subi aucune amélioration depuis qu'ils existent. C'est l'ancien système à fosse ouverte, sans soupape, sans conduite d'eau. Pour chasser les gaz délétères qui s'en dégagent, force est d'ouvrir à certains moments

la fenêtre de la cage d'escalier, un escalier de service s'il en fut, sinueux, escarpé, qui communique avec le corridor par une porte vitrée mal close. Les malades que l'on fait passer à l'amphithéâtre pour les opérer séjournent parfois plus ou moins longtemps dans ce couloir en attendant leur tour, et sont ainsi exposés soit à respirer un air méphitique, soit à prendre froid, car de calorifère il n'en a jamais été question.

Quant à la salle d'opérations, c'est l'ancien amphithéâtre où professait et opérait naguère notre illustre et regretté maître Sédillot. Cet amphithéâtre, rogné des deux tiers, répond fort peu aux exigences de la chirurgie moderne, avec ses murs à angle droit, son plancher en chêne, son poêle à houille, sa communication directe avec un égout, dont les effluves remontent dans la salle chaque fois qu'on soulève le couvercle de la cuvette qui sert à déverser les eaux, puis enfin l'absence de réservoir à eau chaude et l'obligation de l'aller chercher ailleurs.

Mais je m'arrête. J'en ai dit assez pour montrer notre pénurie et les conditions particulièrement défavorables dans lesquelles nous nous trouvons placés.

L'aménagement de nos maisons de santé est plus convenable ; mais il est loin de valoir celui des établissements cliniques voisins, qui font à juste titre l'admiration de ceux qui les visitent.

C'est dans le milieu insalubre que je viens de décrire que nous faisons la plupart de nos opérations. Je ne voudrais pas m'en plaindre ; c'est peut-être grâce à cette insalubrité, qui nous a fait redoubler de précautions, que nous sommes arrivés à être maîtres de l'antisepsie, et à obtenir des résultats qui, j'ose bien le dire, l'emportent souvent sur ceux de chirurgiens mieux outillés et mieux installés.

Sans mépriser le confort chirurgical, j'estime que les locaux ne sont pas tout. Je crois même qu'on est allé trop loin dans cette voie de transformation et de rénovation, et qu'on a exagéré les dépenses, bien souvent sans grand profit. Sans doute, avec des locaux bien aménagés, la tâche est rendue plus facile. Mais lorsqu'on n'a pas ce que l'on désire, il faut s'accommoder de ce qui est ; on peut réussir également.

A mon humble avis, la chirurgie antiseptique peut donc s'exercer partout avec succès. L'essentiel est qu'on soit bien pénétré de la méthode, que l'on soit rigoureux, propre avant tout, et que l'on ne s'attache pas trop, pardonnez-moi l'expression, à chercher la petite bête.

Sous ce rapport, je suis de ceux qui veulent simplifier la chirurgie. C'est dire que j'attache peu d'importance à tous ces procédés de désinfection, de stérilisation qui exigent des appareils

spéciaux : je les crois parfaitement inutiles, coûteux, encombrants. En fait de matériel chirurgical, je ne me préoccupe pas non plus outre mesure de la nature des objets de pansement, des fils à ligature et à suture. Je me sers depuis huit ans de la gaze iodoformée et du coton hydrophile : ils m'ont rendu des services ; je les conserve.

Quant aux fils, je crois qu'il est puéril de prétendre que telle substance vaut mieux que telle autre. Pourvu qu'ils soient bien désinfectés, ils sont tous d'égale valeur à mes yeux. Depuis deux ans, j'emploie de préférence la soie phéniquée de Lister pour les ligatures et les sutures ; je la plonge dans la solution de sublimé au moment de m'en servir. Cela a toujours suffi. Je ne rejette pas les fils de catgut, le crin de Florence et m'en sers à l'occasion. Ce sont là des minuties auxquelles il ne faut pas trop s'attacher. Suivant moi, un point autrement important est le soin que l'on apporte à l'opération elle-même, ainsi qu'aux différents temps qu'elle comporte. L'antisepsie anti-opératoire, certes, n'est pas à négliger, mais il ne faut pas l'exagérer, sous peine de tomber dans le ridicule.

L'essentiel, à mes yeux, est de faire une antisepsie rigoureuse pendant le temps que dure l'acte opératoire, à partir du premier coup de bistouri jusqu'au pansement inclusivement.

Il faut, tout d'abord, s'appliquer à bannir toute manœuvre inutile ; sous ce rapport, j'ai renoncé, depuis quelques années déjà, à faire des ligatures dans certaines opérations, telles que la résection du genou, la résection du coude, les résections articulaires ou osseuses en général. J'ai même supprimé l'emploi des pinces hémostatiques dans ces opérations pour éviter toute infection et pour aller plus vite. La *compression méthodique* exercée par le pansement et l'élévation verticale du membre parent au danger de l'hémorrhagie que, pour ma part, je n'ai jamais observée dans mes vingt-et-une dernières résections du genou, pas plus que dans une trentaine de résections portant sur d'autres régions.

Une autre précaution, sur laquelle on n'a peut-être pas suffisamment insisté, consiste à faire, outre celles qui sont signalées partout, de fréquentes ablutions des mains au cours même de l'opération. Celles-ci sont-elles souillées par du pus, de la sérosité, du sang, de la graisse, en un mot par une impureté quelconque, il faut immédiatement les plonger dans de l'eau bien chaude, les brosser, puis les passer dans une solution antiseptique, le sublimé de préférence, avant de continuer l'opération.

Il faut avoir soin également d'arroser de temps en temps la plaie avec la solution de sublimé, à l'aide d'une gaze imprégnée de ce liquide et proscrire absolument les éponges. On peut les remplacer

avec avantage par des chiffons de gaze trempés dans le sublimé à 4/1000 et bien exprimés.

Avant de faire la suture, il s'agit de bien sécher la plaie; dans ce but, on l'épongera dans tous ses recoins avec de la gaze iodoformée chiffonnée; puis on y projettera une quantité modérée de poudre d'iodoforme.

La plaie sera ensuite réunie très exactement; lorsqu'il y a excès de peau, on fera bien d'en réséquer une bande d'une certaine largeur pour éviter les creux. Puis on fera une série de sutures profondes, comprenant la peau et les tissus sous-jacents, s'il y a lieu (muscles, aponévroses), de telle façon que les fils, les lambeaux une fois affrontés et tendus, viennent se mettre en contact avec la face profonde de la plaie, lorsque la chose est faisable.

Dans le cas contraire, on pourra, pour plus de sécurité, faire une ou plusieurs incisions de décharge et y déposer un crayon d'iodoforme en guise de tube. L'écoulement du sang et de la lymphe, accumulés en excès pendant les vingt-quatre premières heures, se fera le long des crayons, et tout danger de rétention sera écarté.

Il faut veiller toutefois à ce que les crayons ne soient pas trop durs : la dureté, en effet, les rendant peu solubles, ils risqueraient de boucher la plaie, de l'irriter et de jouer alors le rôle de corps étranger. Il ne faut pas non plus qu'ils soient trop mous, autrement on s'exposerait aux mêmes inconvénients. Il faut leur donner une composition telle qu'ils puissent résister pendant un jour ou deux. Qu'ils fondent ou se ramollissent au bout de ce temps, peu importe. Ils ont rempli leur but, et leur présence devient désormais inutile. Voici la composition de ceux que j'emploie habituellement :

| | |
|-------------------------|---------------------|
| Gomme arabique..... | } (parties égales). |
| Iodoforme pulvérisé.... | |

Faire masse jusqu'à consistance de pâte, puis y ajouter quelques gouttes de glycérine. Cette addition a pour but d'absorber l'eau qui rend les crayons durs et cassants.

J'ai eu recours à cet artifice dans quelques résections du genou; *aujourd'hui, je suis arrivé à m'en passer dans toutes mes opérations.*

Je fais la suture profonde comme je l'ai dit plus haut, la complète par quelques points de suture superficiels et exerce une compression très régulière à l'aide de gaze chiffonnée, quelquefois d'une éponge, de manière à effacer les vides qui pourraient encore subsister.

Grâce aux précautions que je viens d'indiquer, j'ai pu me passer sans inconvénient aucun du drainage et obtenir la guérison de

mes trente-trois opérés, avec le moins de frais possible, sous le seul pansement opératoire. La réparation s'est faite, dans tous ces cas, d'une façon merveilleuse, sans fièvre, sans suppuration, sans douleur; plusieurs d'entre eux étaient fort graves, et néanmoins ils ont guéri sous le pansement permanent avec une régularité parfaite.

Discussion.

M. P. SECOND. Je viens d'écouter avec le plus vif intérêt la communication de M. J. Bœckel, et je crois être l'interprète de notre pensée à tous en le félicitant de ses beaux résultats. Il y a toutefois dans la communication de notre collègue une assertion que je ne puis laisser passer sans protester. M. J. Bœckel, entraîné sans doute par les besoins de sa cause, nous a dit que le drainage était une *erreur chirurgicale*. Or, je tiens à dire hautement qu'une affirmation semblable est, à mon sens, absolument erronée. Quels que soient les perfectionnements actuels de l'antisepsie, j'estime, en effet, que le drainage reste une des plus belles conquêtes de la chirurgie, et qu'en nombre de circonstances il est toujours l'un des temps indispensables de notre intervention. Cela dit, je m'empresse d'ajouter que je ne repousse nullement la suppression du drainage toutes les fois que faire se peut. A la vérité, je trouve qu'on exagère singulièrement les inconvénients du drainage, et je ne lui connais guère que des avantages lorsqu'il est pratiqué avec discernement (drains courts, bien placés et retirés en temps opportun). Si notre collègue M. Lucas-Championnière était présent, il ne manquerait pas d'abonder dans mon sens et de vous rappeler les merveilleux résultats qu'il obtient tous les jours par l'application systématique du drainage. Mais je ne veux rien exagérer, et je concède à M. Bœckel que le mieux n'est pas ici l'ennemi du bien. Je le reconnais d'autant plus volontiers que je suis devenu moi-même partisan de la suppression du drain dans certains cas déterminés.

Tout d'abord, j'avais tendance à repousser ce perfectionnement opératoire; il me semblait inutile et dangereux. Puis, j'ai vu les beaux résultats obtenus dans le service de clinique chirurgicale de la Charité, soit par M. Trélat lui-même, soit par son interne, M. Delbet, à qui j'ai eu l'occasion de confier un certain nombre d'amputations importantes, qui toutes ont merveilleusement guéri sans drainage; mes convictions sur la nécessité du drainage systématique sont devenues moins absolues, j'ai moi-même tenté l'épreuve et je n'ai eu qu'à m'en louer. A cette heure, je pourrais citer à M. Bœckel plusieurs faits de ma pratique dans lesquels j'ai obtenu, sans drain et sans un seul pansement, des réunions irré-

prochables. Tels sont, par exemple, trois cas d'ablation du sein avec toilette axillaire; deux cures radicales de hernies inguinales; une cure radicale d'hydrocèle et deux ablations de kyste du cordon. Dans ces huit cas, le premier pansement a été enlevé le huitième jour au plus tard, et les huit opérés étaient, à cette date, absolument cicatrisés et guéris. J'ai obtenu, dans les mêmes conditions (absence de drainage), un très beau succès dans un cas de résection du genou. J'ajouterai que, dans ces quelques opérations, je n'ai pas suivi les mêmes pratiques que M. Bœckel. Ainsi les crayons d'iodoforme que notre collègue laisse au fond des plaies en guise de pseudo-drain ne me disent rien qui vaille, et, pour mon compte, lorsque je me propose d'obtenir la réunion par première intention sans drain, je m'efforce avant tout de n'exercer aucune action irritante sur les surfaces cruentées et de les préserver minutieusement de tout ce qui pourrait jouer le rôle de corps étranger. Je dirais volontiers que j'y touche et surtout que j'y ajoute le moins possible. Ligatures aussi peu nombreuses que possible; proscription formelle des lavages à la solution phéniquée forte; usage exclusif du sublimé ou de l'eau bouillie; affrontement des parties et compression supportable, mais suffisante pour éviter ce qu'on nomme les espaces morts; telles sont, en conséquence, les règles auxquelles je me conforme scrupuleusement.

Mais je ne veux point insister davantage; j'en ai dit assez pour bien montrer que je suis loin d'être un adversaire de la suppression du drainage, et que je m'efforce, au contraire, de réaliser cet idéal de la réunion par première intention toutes les fois que je crois pouvoir le faire sans péril. A cet égard, je partage donc les idées générales défendues par M. Bœckel, et, je le répète, ma protestation vise uniquement ce qu'il nous a dit sur la nécessité de proscrire systématiquement le drainage dans le pansement des plaies opératoires. A ce dernier point de vue, notre dissentiment est complet. S'il était besoin d'un exemple pour démontrer que les opinions absolues ne sont pas de mise pour juger la question qui nous occupe, la chirurgie abdominale serait là pour le fournir aussi probant que possible. Tous, nous réduisons le pédicule de nos ovariectomies; dans la grande majorité des cas, nous fermons la plaie abdominale sans drainage d'aucune sorte, et nous guérissons nos malades. Mais, en revanche, que de fois ne sommes-nous pas obligés de procéder autrement! Est-il besoin de rappeler que nombre de femmes auxquelles nous enlevons des trompes suppurées ou des tumeurs adhérentes doivent leur guérison au drainage sus-pubien? Je ne le crois pas, et M. Bœckel protesterait tout le premier contre la suppression du drainage dans les circonstances que je rappelle. Or, ce qui est vrai pour la chirurgie abdominale

reste vrai pour les autres opérations. Dans l'un comme, dans l'autre cas, nous n'avons pas plus le droit de prétendre qu'il faut toujours drainer que celui d'affirmer qu'il ne faut jamais recourir à cette pratique. Nous conformer aux indications du cas particulier, supprimer les drains quand nous le pouvons et drainer sans la moindre hésitation quand les circonstances l'exigent, telles sont les seules pratiques que nous puissions accepter. J'ajouterai même que, dans les cas douteux, il vaut mieux pécher par excès que par défaut, et les très petits inconvénients d'un drain inutile ne seront jamais à mettre en balance avec les périls auxquels peut exposer, dans certains cas, l'absence de drainage.

Quant aux règles qui doivent nous guider pour déterminer les cas dans lesquels il faut oui ou non drainer, elles ne peuvent être évidemment soumises qu'à une formule très générale. Ainsi l'a pensé mon maître, M. Trélat; et, l'an dernier, lorsqu'il nous a communiqué ses opinions sur ce sujet, il nous a montré qu'on pouvait aujourd'hui simplifier les termes du problème et dire qu'une plaie guérit sans drainage à deux conditions : « 1° si elle est réellement aseptique; 2° si elle est bien affrontée » (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, p. 501). A cette formule si concise et si parfaite, je me permettrai d'ajouter une simple remarque, c'est que la qualité de l'affrontement dépend avant tout de la compression exercée par le pansement. Or, celle-ci doit être à la fois supportable et cependant suffisante pour effacer tous les espaces morts; ces deux indications ne sont possibles à remplir que si la plaie opératoire se présente dans certaines conditions de siège, de configuration ou d'étendue; il y aurait donc, me semble-t-il, avantage à compléter la formule de M. Trélat en disant qu'une plaie opératoire guérit sans drainage quand on peut réaliser les trois conditions fondamentales : 1° *asepsie*; 2° *affrontement exact*; 3° *compression à la fois efficace et tolérable*. Les données du problème sont, je crois, trop variables pour qu'il soit possible de préciser davantage, et c'est, en somme, au tact ou aux tendances personnelles de chaque chirurgien qu'il appartiendra toujours de juger la question en dernier ressort. Le seul fait qui soit absolu, c'est que nous n'avons pas le droit de proscrire ou de prôner systématiquement l'emploi des drains. Il est vrai qu'on peut et qu'on doit parfois s'en passer; mais, en nombre de cas, leur usage s'impose comme une nécessité formelle.

M. OLLIER. Je félicite M. Boeckel des beaux résultats qu'il a obtenus. Je suis partisan *théoriquement* de la suppression du drainage; c'est un idéal vers lequel il faut tendre, mais que nous n'avons pas encore atteint. J'ai montré qu'on pouvait obtenir la

guérison de la résection du genou dans un seul pansement; mais je n'ai pas eu encore l'audace de supprimer le drain totalement; en effet, j'opère presque toujours dans les cas où il y a des fusées purulentes. Je laisse un drain de caoutchouc pendant soixante-dix jours, sans inconvénient. Le drain résorbable de Neuber (de Kiel) en os décalcifié est, je le reconnais, très utile. Je l'ai employé récemment avec grand succès. J'ai aussi employé les mèches de fil de catgut et même les crayons d'iodoforme. Je crois qu'il faut toujours drainer dans les résections du genou quand il y a des fistules, et même quand il ya des infiltrations œdémateuses indiquant une infection des tissus. Mais pour les résections orthopédiques et traumatiques, je crois qu'on peut se passer de drain. Quand on a dépassé toutes les limites apparentes du mal et opéré antiseptiquement, on peut supprimer sans crainte le drainage. J'estime, en tous cas, qu'on peut diminuer de plus en plus l'usage des drains et s'en tenir à des faisceaux de catgut ou à des tubes d'or décalcifié qui se résorbent ou se dissolvent au bout de quelques jours.

M. QUENU. Je m'associe aux réserves formulées par M. Segond et M. Ollier sur la suppression des drains.

Je repousse les conclusions absolues de M. Bœckel, relatives à la proscription des éponges, je ne les admet pas; de même pour les aspersions excessives des plaies. Quant à l'évidement des abcès au sein, si l'on n'a pas employé le *mot*, on a fait depuis longtemps la *chose*; elle n'est pas nouvelle. La section de la clavicule pour aller extirper les ganglions est-elle utile réellement? N'est-ce pas là plutôt de la médecine opératoire que de la chirurgie?

M. RECLUS. Depuis 1887, à l'Hôtel-Dieu, j'ai supprimé le drainage et j'ai obtenu d'excellents résultats. Dans un cas récent (ablation du sein avec incision de 27 centimètres), j'ai eu une réunion primitive sans drain. J'ai eu à la vérité, dans certains cas, de la suppuration, mais moins fréquemment qu'autrefois avec le drainage.

La prétendue sécurité due au drainage est illusoire. Dans un cas de réunion sans drain, j'ai vu un hématome se produire sous la place réunie du sein: d'autres fois un abcès, mais sans gravité. Cependant je ferai une remarque: pour supprimer le drain, il faut qu'une compression énergique soit effectuée pour accoler tous les tissus et ne pas avoir d'espaces morts. Or, cette compression est pénible: aussi me suis-je demandé s'il n'était pas préférable de laisser un tube un ou deux jours pour éviter cette compression.

En effet, quand l'affrontement exact des tissus n'existe pas, la réunion ne se fait pas; j'ai échoué ainsi pour une tumeur coity-

gienne chez une vieille femme, car la compression était pénible et inefficace. Avant de les réunir, j'ai l'habitude d'enduire les surfaces traumatiques d'une pommade forte avec de la vaseline et un peu d'antipyrine, d'acide borique et d'iodoforme. L'antipyrine a pour avantage de supprimer la douleur. La pommade mise en excès dans la plaie est exprimée par la compression et remplit tous les interstices. J'en ai cependant observé quelques inconvénients dans une observation d'évidement du tibia, où j'ai introduit dans la cavité cette pommade. Réunion immédiate; mais au bout de quelques semaines, je vis le malade revenir avec une tumeur fluctuante, constituée par ma pommade non résorbée.

En résumé, je crois que la meilleure antisepsie est celle dont on a l'habitude.

M. BERGER. La suppression du drain est l'idéal. Je le supprime dans les cas où il y a parfaite hémostase et parfait affrontement.

Je ne draine pas les cures radicales de hernie et beaucoup de plaies régulières. Mais dans la résection du genou, où je fais la réunion osseuse au catgut fort et des sutures fibreuses périphériques, il n'y a plus de plaie profonde, et cependant je draine, de crainte de l'accumulation ultérieure de sang et de sérosité.

Le drainage est une sécurité contre l'insuffisance de l'hémostase ou de l'antisepsie. C'est en somme un inconvénient léger, et dans toutes les plaies anfractueuses, je crois devoir le continuer.

M. SÉE. J'ai peu de chose à ajouter. La pratique de M. Boeckel est assurément l'idéal. Il y a six ou sept ans, j'ai manifesté cette tendance; je retirais le drain par un fil, au bout de vingt-quatre heures. Depuis lors, j'ai totalement renoncé au drain même dans les plaies anfractueuses d'ablation du sein. Je laisse seulement une petite étendue de la plaie non réunie. Les grands lavages à l'eau phéniquée forte, déterminent un suintement; je les supprime. Mais j'insuffle une petite quantité de bismuth, à la fois antiseptique et hémostasique, à mon sens.

La compression ne doit pas être énergique, mais elle doit être élastique pour être efficace et supportable. Après chaque opération, je place une bande de caoutchouc modérément tendue par dessus le pansement.

M. J. BOECKEL. En somme, je constate que l'accord est sur le point de s'établir entre nous. Si j'ai employé le mot d'*erreur chirurgicale*, c'est pour bien affirmer ma pensée; ce terme est exagéré, j'en conviens; *inutilité* est le mot propre.

J'ai expérimenté le drain décalcifié: j'en ai été très mécontent dans le seul cas où je m'en suis servi. M. Quénu s'est mépris sur

la portée de mes paroles; je suis loin d'être hostile à l'antisepsie anté-opératoire, que je fais comme tous les chirurgiens; j'ai seulement voulu combattre les minuties inaugurées par certains chirurgiens, sous prétexte d'antisepsie.

Présentation de pièce.

Double salpingite purulente.

Par M. RICHELOT.

Cette pièce démontre une fois de plus l'intégrité de la portion interne de la trompe qui, ici, n'était pas dilatée.

La poche s'étant rompue au cours de l'opération, je me suis servi de lavages abondants à l'eau bouillie pour nettoyer le péritoine.

M. QUÉNU. Le drainage peut suppléer au lavage. Dans un grand nombre de cas analogues, M. Terrier et moi nous sommes bien trouvés du drainage simple enlevé au bout de deux jours.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
S. Pozzi.

Séance du 8 mai 1889.

Présidence de M. LE DENTU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

- 1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;
- 2° *Productions cornées du fourreau de la verge chez un garçon*

de dix ans; amputation par le couteau galvanique; guérison, par les D^{rs} J. FÉLIX et A. STOCQUART (de Bruxelles);

3° *Atti della Accademia dei Fisiocritici di Sienna*, série IV, volume I, fascicule 1 et 2;

4° *Histoire de l'Université d'Aix*, par le D^r F. CHAVERNAC (1^{er} fascicule. Aix, 1889);

5° *Traité de chirurgie clinique* (2 vol. in-8°), par M. TILLAUX; offert par l'auteur;

6° *Affections chirurgicales des reins, des urètres et des capsules surrénales*, par M. LE DENTU, offert par l'auteur.

Suite de la discussion sur les résections partielles du cou-de-pied.

M. OLLIER. Dans la dernière séance, j'ai présenté une photographie relative à l'ablation du calcanéum et de l'astragale. Voici une autre photographie d'une malade de 27 ans à laquelle j'ai enlevé aussi, il y a sept ans, le calcanéum et l'astragale. Le fait est important parce qu'il présente les résultats définitifs; il est curieux de les comparer à l'aspect du pied tel qu'il était un an seulement après l'opération. Alors, le talon n'était pas du tout saillant. Le résultat acquis s'est donc perfectionné par suite du développement organique, sans intervention nouvelle. L'augmentation de la saillie du calcanéum est le point important pour la facilité de la marche. J'ai d'autres photographies de quatre cas semblables plus récents. Une se rapporte à un jeune homme de 20 ans auquel j'ai enlevé le calcanéum pour une ostéite aiguë avec séquestres disséminés. L'ostéite de l'astragale me força à l'enlever un peu après le calcanéum. Ici encore, il y a une difformité au niveau du premier métatarsien, due à la bourse séreuse que j'ai signalée dans la précédente séance. Ce sujet a fait, quatre ans après l'opération, 13 kilomètres à pied en trois jours; actuellement, il marche comme tout le monde, sans chaussure spéciale.

Deux autres de ces photographies que je vous présente sont relatives à deux autres malades et montrent les mêmes caractères. L'une provient d'un jeune homme qui a pu faire de 25 à 30 kilomètres avec sa chaussure ordinaire. J'ai encore un cinquième cas. Ces cinq faits me permettent de comparer l'opération avec celle de Wladimiroff-Mikulicz.

La photographie que je mets sous vos yeux est celle d'un sujet

auquel j'ai enlevé le calcanéum, sauf le plateau inférieur, l'astragale, le scaphoïde, et entamé le cunéiforme; je l'aurais amputé s'il ne s'y était refusé. J'ai extirpé, abrasé et cautérisé, et, au bout de deux ans, j'ai obtenu la marche sans appareil.

Je dois faire ici une remarque importante : les opérations économiques sont excellentes dans les lésions osseuses ; mais quand il y a envahissement des articulations tarsiennes, les grattages sont mauvais ; il faut enlever largement les os eux-mêmes pour pouvoir aller poursuivre les fongosités dans les recoins où elles se cachent. Dans ces lésions complexes, il faut même enlever au besoin tout l'arrière-pied.

Dans quels cas doit-on tenter les opérations partielles, dans quels cas doit-on amputer ? Il est impossible d'établir des règles précises, invariables : il y a une question de tact chirurgical. Mais on peut dire que, chez les enfants surtout, on peut être hardi au point de vue de la conservation. Au delà de 25 ans, les opérations plus radicales (comme l'amputation tibio-tarsienne) seraient préférables. La forme du pied, après les ablations de l'arrière-pied, s'améliore énormément chez les jeunes gens, avec le temps. C'est ce qui me fait recommander actuellement ces opérations. On peut, même après l'ablation de tout le tarse, avoir des résultats orthopédiques excellents.

Chez les enfants, quand le sujet n'est pas tuberculeux, il faut, si possible, conserver des tranches de tissu osseux sain qui servent de centre à des néoformations ultérieures.

Discussion sur le drainage des plaies.

M. NICAISE. Dans la dernière séance, notre collègue M. J. Boeckel, de Strasbourg, nous a fait une très intéressante communication sur la suppression du drainage. Mais ce point particulier du traitement des plaies ne peut guère être étudié isolément, il est en relation directe avec le lavage de celles-ci ; ces deux points du traitement antiseptique doivent être examinés simultanément.

Le drainage a pour but d'éliminer au dehors l'exsudation surabondante des plaies et le suintement sanguin post-opératoire, et d'empêcher ainsi la formation de cavités qui éloignent les parois de la plaie l'une de l'autre et nuisent à leur adhésion ; de plus, l'exsudat ne séjournant pas dans la plaie, il n'est pas exposé à fermenter, à devenir un bouillon de culture et à amener des complications locales ou générales. Si le drainage rend ainsi de grands

services à la chirurgie et a été une des raisons du succès de la méthode antiseptique, il présente par contre peu d'inconvénients, du moins tel qu'il est employé aujourd'hui par l'immense majorité des chirurgiens. On raccourcit les drains au premier pansement, on les enlève au second, et au troisième la cicatrisation est trouvée complète. Le drain oblige donc à faire en général deux pansements ; est-ce bien là un grand inconvénient ? je ne le crois pas, car dans les amputations en particulier, si les pansements rares sont bons, le pansement permanent est sujet à la critique : il faut surveiller les lambeaux, la rétraction musculaire, refaire la compression, etc., afin d'avoir un moignon bien matelassé et non pas toutes les chairs d'un côté et l'os à un des points de la circonférence de la cicatrice.

Dans les résections, les pansements peuvent être plus rares sans inconvénients sérieux, le drain amène alors un peu de suppuration sur son trajet.

Sans doute, il serait à désirer que nous puissions supprimer le drainage et ne pas faire alors de pansements consécutifs ; mais cet idéal ne peut être que l'exception : nous ne sommes pas toujours les maîtres de modérer l'exsudation des plaies.

A l'état physiologique, celle-ci est peu considérable, et si nous étions assurés toujours de l'asepsie rigoureuse des milieux dans lesquels nous opérons et des instruments dont nous nous servons, nous pourrions accoler les parois des plaies fraîches, les seules dont il soit ici question, et obtenir sans drainage la réunion immédiate, à la condition, toutefois, que quelque état pathologique antérieur local ou général ne vienne pas augmenter l'exsudat et nous ménager les surprises désagréables qu'ont éprouvées ceux qui ont cherché trop systématiquement la suppression du drainage.

La crainte de l'infection de la plaie, au cours même de l'opération, a conduit les chirurgiens, depuis Lister, à faire subir à la plaie un certain traitement pour combattre cette infection possible. Lister conseillait l'usage du spray, et à la fin de l'opération le lavage avec une solution phéniquée forte ; par là, l'exsudation physiologique était augmentée et le drainage nécessaire.

La méthode de Lister se répandit rapidement en Allemagne, mais non sans subir des modifications ; la pulvérisation phéniquée fut abandonnée par beaucoup de chirurgiens, qui la remplacèrent par des lavages faits pendant l'opération ; quelques-uns les poussèrent à l'extrême, faisant pour ainsi dire l'opération sous un courant d'eau antiseptique. C'est alors que l'on vit le chirurgien s'habiller de vêtements imperméables, mettre des chaussures imperméables, imaginer des tables à double fond pour empêcher le malade d'être dans un bain, et construire enfin le sol de l'am-

phithéâtre en plan incliné avec une bouche d'égout pour recevoir tous ces liquides.

Puis les drains posés, la suture faite, une nouvelle injection était poussée dans la plaie.

Volkman, le professeur de clinique chirurgicale de Halle, était partisan des lavages abondants et fréquents. Sa clinique était suivie par un grand nombre d'étrangers; il fit école, et aujourd'hui encore sa pratique est adoptée par beaucoup de chirurgiens. En visitant cet hiver plusieurs des universités de l'Italie, je l'ai vue encore mise en pratique, et alors, comme corollaire obligé, la plaie est munie de tubes à drainage nombreux.

Les chirurgiens qui suivent cette pratique n'admettent pas que l'on parle de supprimer le drainage.

Après avoir visité la plupart des universités d'Allemagne, j'ai moi-même adopté les lavages abondants; mais j'ai remarqué que l'exsudation des plaies en était considérablement augmentée et qu'il était quelquefois nécessaire de changer le pansement au bout de vingt-quatre heures; puis l'exsudat continuait en diminuant pendant quatre ou cinq jours; la suppression du drain était retardée.

Dès 1886, je modifiai ma manière de faire et supprimai en général le lavage de la plaie pendant l'opération, et je me contentai d'absterger la plaie avec une éponge imbibée légèrement d'eau phéniquée forte. — Le résultat fut des plus nets, l'exsudation était peu abondante, et les drains pouvaient être enlevés du second au quatrième jour, quelquefois même le pansement était si peu sali qu'on aurait pu se passer de drainage.

J'en suis resté à cette pratique, et ce qu'elle m'a permis d'observer me conduisit à considérer comme possible la suppression des drains, dans quelques cas du moins; il reste à savoir si cette suppression est bien prudente et si, pour quelques succès exceptionnels, on ne s'expose pas à des mécomptes bien plus graves que les faibles inconvénients du drain dans les cas où on aurait pu le supprimer.

Nous voulons rendre la plaie aseptique avant de la réunir; les moyens employés jusqu'aujourd'hui l'irritent toujours un peu et augmentent l'exsudat; mais il est peut-être possible de trouver un topique qui satisfasse à l'asepsie de la plaie sans augmenter l'exsudat. Alors la question de la suppression du drainage aurait fait un grand pas.

Les pansements faits méthodiquement, avec soin, en exerçant une compression convenable, contribuent encore à diminuer la congestion vers la plaie et l'exsudat; M. Reclus a insisté sur ce point dans la dernière séance.

Une autre condition nécessaire à remplir pour assurer la réunion immédiate, c'est la perfection de l'hémostase; il ne faut procéder à la suture que quand le suintement sanguin a cessé. Il est surtout abondant après l'emploi de la bande d'Esmarch, qui amène une paralysie vaso-motrice, mais il est facile à arrêter par la compression avec une éponge; il faut aussi attendre, pour fermer la plaie, que la paralysie vaso-motrice ait disparu ¹.

Il me semble donc que l'on ne peut guère discuter isolément la question de la suppression du drainage; elle dépend de l'abondance de l'exsudat, et celui-ci est lui-même sous la dépendance du traitement subi par la plaie, et aussi de l'état local et général du malade.

Comme la méthode antiseptique a de nombreux procédés, chaque chirurgien sait où il en est et peut juger de ce qu'il doit faire au sujet de la suppression du drain. Celui qui suit l'école de Volkmann n'admet pas la possibilité de cette suppression. Celui qui irrite moins les plaies, dont les premiers pansements sont à peine salis, se trouve mieux préparé pour essayer de supprimer les drains. Mais est-ce prudent, et le chirurgien ne doit-il pas compter avec l'imprévu, surtout quand la conservation du drainage présente si peu d'inconvénients.

C'est dire que je reste encore partisan du drainage.

M. CHAMPIONNIÈRE. J'ai beaucoup regretté de ne pas assister à la dernière séance pour prendre la parole à la suite de la très intéressante communication de M. Jules Boeckel. J'avais deux raisons particulières pour le faire :

D'abord vous m'avez entendu critiquer dernièrement des observations présentées par le Dr Defontaine, et il me semble que certaines des critiques à lui adressées subsistent en ce qui concerne M. Boeckel.

Puis j'ai eu la bonne fortune récente de profiter de la visite de M. Boeckel pour appliquer ses principes opératoires précisément à la résection du genou, l'opération pour laquelle cette manière de faire paraît particulièrement intéressante.

En principe, j'estime que la suppression du drainage est quelque peu un trompe-l'œil. Les avantages sont plus apparents que

¹ NICAISE, De l'ischémie préliminaire par la méthode d'Esmarch (*Gaz. méd. de Paris*, 1874, p. 578, 594). — Modification à l'appareil d'Esmarch; remplacement du tube en caoutchouc par une bande à anneaux (*Gaz. méd.*, 1875, p. 430). — De l'hémorrhagie capillaire immédiate dans la méthode d'Esmarch, son arrêt par la compression avec une éponge pendant que dure la paralysie vaso-motrice (*Gaz. méd.*, 1876, p. 401, et *Thèse du Dr de Lagorce*, 1879). — Du choix des tubes à drainage (*Revue de chir.*, 1881, p. 1007).

réels. Le fait de ne pas drainer après l'opération n'avance pas d'un jour la guérison définitive d'un malade ; s'il n'ajoutait rien aux inconvénients de l'opération, je ne m'en plaindrais pas trop ; mais s'il prévient quelques incidents fâcheux, je crois qu'il y a lieu de modérer un peu l'enthousiasme avec lequel certains chirurgiens l'accueillent en affirmant qu'il constitue l'idéal de la chirurgie.

Le drainage n'est plus ce qu'il était, il y a quelques années encore ; non seulement il n'est pas destiné à évacuer du pus, mais il n'est destiné qu'à constituer une soupape de sûreté, à évacuer l'accès de sérosité, et cela pendant un espace de temps très court.

M. Nicaise nous parlait tout à l'heure du lavage des tubes que l'on raccourcit à chaque pansement, que l'on lave et que l'on met en place. Il y a longtemps que je n'agis plus ainsi. En ce qui concerne en particulier la résection du genou, il y a longtemps que j'ai réduit le drainage au minimum de deux drains latéraux. Ces deux drains sont enlevés au seul pansement que je fasse du 18^e au 25^e jour. Encore ce pansement est-il fait sans rien déranger de l'appareil plâtré ; et le premier appareil reste en place jusqu'au 60^e jour, époque à laquelle il est retiré, le genou étant depuis longtemps cicatrisé. J'insiste sur ce point que je vous ai déjà signalé, parce que M. Ollier m'attribuait récemment les pansements multiples et la manière de faire que j'ai employée au début de mes opérations. Lorsque ma première note a été publiée j'en avais fait 10. Aujourd'hui j'en ai 33 sans un seul cas de mort. Mais naturellement ma manière de faire est très simplifiée.

Pour toutes les autres opérations, mon premier pansement est celui où le tube est enlevé, à très peu d'exceptions près.

Ceci dit, on conçoit que, comme il faut quelques jours pour parfaire la cicatrice d'une plaie, le fait de ne pas drainer n'abrège pas sensiblement la durée de la réparation. Je mets de côté bien entendu un certain nombre de petites opérations, ce qui permettra de rendre immédiatement le malade à lui-même et à ses habitudes.

En revanche, toutes les fois que j'ai supprimé le drain, il m'a semblé que la réparation était moins rapide ; il y avait un peu de tension des levées de plaie, un peu de sensibilité. Pour certaines opérations une élévation de température modérée mais réelle se produit, et surtout il survient et persiste de la douleur.

J'ai été frappé du fait suivant dans quatre cas récents d'orthotomie pour corps étrangers du genou ; j'ai refermé la plaie complètement sans drainage. Les quatre malades ont souffert avec une certaine élévation de température.

En même temps, j'ai fait pour fracture de la rotule cinq fois la

suture avec drainage latéral. Mes cinq malades n'ont présenté aucune élévation de température et aucune douleur.

Je crois, en effet, que la détente due au drainage contribue à faciliter la réparation et à diminuer la douleur. J'en suis tellement convaincu que je serais disposé à ouvrir certains foyers de fracture simple qui présentent beaucoup de tensions douloureuses.

J'ai retrouvé cette douleur dans la seule expérience que j'ai faite pour la méthode de M. Bœckel et cela m'a beaucoup frappé. Ayant fait une résection du genou, j'ai tout fermé sans drainage, sans ligature et sans suture des os. J'ai placé le membre dans l'élévation verticale comme il est prescrit.

J'ai été frappé de l'absence d'hémorrhagie et des bons résultats en ce qui concerne la sensibilité d'agir.

Ce qui par contre m'a frappé, c'est la douleur assez vive ressentie par la malade, le malaise des premières vingt-quatre heures.

En somme, les suites de l'opération ont été beaucoup moins simples que dans les cas où j'opère suivant mes habitudes. Selon moi, cette simplicité est de grande importance, car de la simplicité de la réparation résulte souvent l'exactitude des résultats et la bonne marche des malades.

Aussi, quelque tentantes que soient les promesses de M. Bœckel, je ne suis pas convaincu des avantages définitifs de sa méthode. Je reste convaincu que pour la simplicité et surtout pour la sécurité le drainage conserve une réelle supériorité.

Voyez comme j'ai l'envie d'être inconséquent : dans les opérations abdominales, je ne draine jamais. Mais ceci tient à ce que le drainage ici présente de nombreux inconvénients, et la suppression du drainage assure des avantages considérables. Je suis convaincu que dans un ventre bien nettoyé par un antiseptique puissant, la tension des exsudats ayant peu d'inconvénients, on est mieux assuré contre tout empoisonnement secondaire, et la simplicité des suites sans pansement est infiniment souhaitable.

Je le répète, ce n'est pas que je considère la chose comme impossible ou même comme difficile. On nous a dit qu'il ne fallait pas faire de grands lavages. Mais je n'en fais jamais. Les lavages n'ont jamais été conseillés par Lister, et il y a des années que j'insiste pour les faire éviter. Je suis convaincu même, et je l'ai dit souvent, que les lavages répétés après l'accouchement sont une définition fâcheuse de la méthode, une méconnaissance de la valeur des antiseptiques, et la cause d'accidents graves et fréquents.

Ces lavages ne comptent donc pas pour moi. La perfection de l'hémostase n'est pas plus importante, car remarquez bien que M. Bœckel ne fait pas une ligature.

Pour moi, je vous avoue que c'est même là le plus intéressant des simplifications opératoires qu'il préconise.

En somme, j'ai essayé ce procédé qui me paraît très intéressant ; je l'essayerai peut-être à nouveau ; mais quoique je le trouve praticable, je ne trouve pas jusqu'à présent que pour les grandes opérations il soit très avantageux. Je crois que le drainage donne une sécurité, une facilité, une atténuation de douleurs dont nous avons le devoir de tenir grand compte au lieu de nous sentir aller trop facilement au mirage des opérations sans drainage ni ligature.

M. DESPRÉS. Je viens défendre le drainage des plaies opératoires. Je demanderai à ceux qui sont les partisans de sa suppression ce qu'ils font après une opération sous-astragaliennne par exemple, s'ils ne mettent pas de drains ? Je place toujours alors un tube, et s'il s'agit d'un traumatisme, je fais même une contre-ouverture à la région calcanéenne. Quand il s'agit de fractures compliquées de plaies, le drainage par des contre-ouvertures s'impose, qu'on soit antiseptique ou non, et cela, pour donner issue aux produits mortifiés de ces plaies. Le drain est une soupape de sûreté ; il y a un livre de Serre (de Montpellier) sur la réunion par première intention avec de nombreux succès, avant l'antisepsie, et sans drainage, mais avec des abcès au-dessous de la plaie réunie. Si vous ne mettez pas de drainage, vous aurez des abcès profonds. Si vous voulez vous mettre en garde contre ces accidents, il faut maintenir un drain pendant huit jours au moins.

M. J. Bœckel ne se met pas en peine de l'hémostase, parce qu'il fait de l'occlusion et de la compression. C'est ce qu'avait fait déjà M. Alphonse Guérin, avec son pansement ouaté.

M. KIRMISSON. Lister ne fait pas le lavage des plaies.

J'ai supprimé expérimentalement le drainage chez quelques opérés ; il m'est arrivé de voir au bout d'une réunion immédiate la cicatrice soulevée par de la sérosité. Je suis donc partisan de l'usage des drains mis d'emblée et enlevés au bout de deux jours. J'ai eu d'excellents résultats ainsi ; j'ai eu des amputations de jambes guéries en cinq, six et huit jours.

Les conditions ne sont pas les mêmes pour toutes les plaies. Quand on a affaire à une plaie simple, sans perte de substance, il est possible de mettre les tissus en contact ; il n'en est pas de même quand on a fait une ablation de tissus, une perte de substance. Ainsi, après le curage de l'aisselle, dans les grandes amputations, le drainage est nécessaire.

M. TERRIER. Si la plaie n'est nullement infectée, on peut sup-

primer le drainage. Toutefois, je dois signaler un inconvénient de cette suppression, dans un cas très spécial : j'ai fait dans ces derniers temps des opérations d'ablation de ganglions lymphatiques sans drainage. J'ai vu des accumulations de lymphé ; il faut donc, dans ces cas particuliers, faire le drainage de parti pris.

M. SÉE. J'ai des réunions primitives, sans accumulation de liquide séreux, quoique je ne mette pas de drain. Ces exhalations séreuses ne se rencontrent que chez les malades qui sont indociles et font des mouvements ; il faut immobiliser soigneusement les parties par la compression élastique avec une bande de caoutchouc.

M. NICAISE. Je suis partisan de l'ablation précoce des drains ; on peut les enlever au premier pansement si celui-ci n'est pas sali. On les remet si l'exsudation a été très abondante. Quant aux grands lavages des plaies, j'ai déjà fait remarquer que Lister ne lavait pas les plaies, contrairement à Volkmann.

M. TERRIER. Dans la région du cou et sous-maxillaire, on ne peut faire la compression élastique sans empêcher le malade de manger. Je crois donc, dans ces cas-là, la pratique de M. Sée mauvaise.

Présentation de malade.

Gangrène du pouce à la suite d'un bain phéniqué.

M. CH. MONOD présente une jeune fille, âgée de 19 ans, atteinte de gangrène sèche, momifiante, du pouce de la main droite, gangrène due à l'emploi intempestif de bains phéniqués prolongés.

Le pouce, à partir du milieu de la première phalange, est transformé en une masse sèche et dure comme corne, noire avec reflets brunâtres, à la surface de laquelle on distingue encore les plis et sillons de la peau ; il se termine par une extrémité effilée, ratatinée, ridée comme un vieux poireau desséché, portant encore un ongle bien distinct. La limite de la partie morte, très nettement tranchée, forme une ligne circulaire, coupant le doigt suivant un plan transversal absolument perpendiculaire à l'axe du doigt. Immédiatement au delà de ce sillon d'élimination, la peau saine commence brusquement, légèrement rouge et enflammée.

Cette jeune fille raconte qu'il y a un mois environ, s'étant fait une profonde coupure au pouce, elle a été trouver un pharmacien qui lui a conseillé de tremper la partie blessée dans une solution phéniquée dont elle ne peut dire le titre. Cette immersion locale,

qui n'était nullement douloureuse, a été répétée quotidiennement pendant quinze jours ; chacune des séances était d'un quart d'heure.

La malade est venue se présenter à l'hospice Saint-Antoine il y a quelques jours dans l'état où elle se trouve actuellement.

MM. Ollier, Tillaux, L.-Championnière, Routier, Kirmisson, Quénu, Le Dentu, Chauvel, Nicaise, Terrier, Terrillon ont rapporté avoir chacun observé un ou plusieurs cas semblables survenus dans des circonstances analogues ; à savoir : gangrène sèche totale de l'extrémité d'un ou de plusieurs (Routier) doigts à la suite d'immersion dans une solution phéniquée. Deux fois (Nicaise, Terrier) ce sont des élèves en médecine (dont l'un interne des hôpitaux) qui se sont ainsi mutilés eux-mêmes.

M. Terrillon raconte qu'il a observé à l'Institut Pasteur plus de dix morsures de doigts traitées de cette façon avec gangrène consécutive ¹.

Discussion.

M. KIRMISSON. J'ai vu un cas analogue chez un jeune homme qui s'était fait une coupure au doigt et l'avait maintenu trempé dans une bouteille d'acide phénique.

M. TERRIER. J'en ai observé un exemple chez un étudiant en médecine dans des circonstances analogues.

M. QUÉNU. J'en ai vu deux cas : dans le premier, j'ai dû faire l'amputation ; dans le second, il y a eu seulement des eschares profondes produites par des applications d'eau phéniquée au vingtième.

M. NICAISE. Sur un de mes internes, j'ai vu aussi la mortification de la pulpe du doigt ; j'ai depuis observé un exemple d'eschare en surface de la peau.

M. LE DENTU. Je puis citer trois faits qui prouvent le danger des solutions concentrées d'acide phénique. Les caractères spéciaux de cette gangrène sont les rétractions des tissus et la délimitation exacte des lésions.

M. CHAUVEL. J'en ai vu aussi un cas après application au doigt de solution phéniquée forte.

¹ Voir sur le même sujet : SEYCHERON, Sur la gangrène sèche des extrémités par application de la solution phéniquée forte, et en particulier de la solution dite « Phénol-Bobœuf » (*Annales d'hygiène publique*, août 1886).

Présentation de pièce.*Néphrectomie pour rein calculeux.*

M. CH. MONOD présente un rein enlevé par lui chez une femme d'une quarantaine d'années, atteinte, depuis l'âge de 12 ans, de douleurs dans le flanc droit qui revenaient par crises et s'accompagnaient parfois d'émission de graviers. Le rein qui formait dans le flanc une tumeur manifeste a été enlevé sans difficulté ni incident opératoire.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agissait bien de calculs rénaux. Le rein est transformé en une poche polykystique, renfermant de nombreux calculs de diverses dimensions. Le plus volumineux est un calcul ramifié qui occupe le bassinnet; il a tout l'aspect d'un corail étendant ses branches dans les cavités kystiques voisines. Les autres sont disséminés dans la substance rénale; leur volume varie: les uns ne dépassent pas un pépin de pomme, les autres sont gros comme un grain de raisin. Le rein était, en outre, distendu par une collection séro-sanguine. Il ne renfermait pas de pus.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire annuel,
S. Pozzi.

Séance du 15 mai 1889.

Présidence de M. LE DENTU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. le Dr BAICAN (de Bucharest), réclamant la priorité de l'invention d'une sonde à conduit terminé en bec de

flûte au niveau de l'ouverture. L'instrument de M. Baïcan n'ayant pas été présenté à la Société, celle-ci ne peut entrer dans cette question d'antériorité.

A propos du procès-verbal.

M. CHAMPIONNIÈRE. J'ai eu l'occasion de voir à l'hôpital Tenon des faits identiques à celui de M. Monod. Il y a des gens très susceptibles par la finesse de leur peau ; de plus, l'écrasement des téguments permet une brûlure par l'acide phénique plus profonde. Je conseille dans ces cas-là de s'abstenir de cette solution antiseptique ; en tout cas, il faut prendre garde à ne pas faire des applications de longue durée, même de solutions assez faibles.

Communication.

Sur l'abaissement du nez par ostéotomie verticale et bilatérale des os du nez.

Par M. le professeur OLLIER.

Il y a quelques années, j'ai présenté à la Société de chirurgie une opération destinée à se donner du jour pour manœuvrer dans la cavité des fosses nasales. Elle consiste essentiellement en une incision qui part de la partie élevée de l'aile du nez, remonte à sa racine, vers la limite de la région fronto-nasale, et redescend symétriquement de l'autre côté. Un trait de scie détache les os propres du nez et permet leur abaissement avec le lambeau en fer à cheval.

L'opération est très simple ; elle ne laisse après elle qu'une cicatrice à peine visible quand la réunion primitive a été bien obtenue. Je l'ai d'abord appliquée aux polypes naso-pharyngiens ; je l'étends maintenant à toutes les tumeurs des fosses nasales. C'est une opération d'approche excellente.

En mars 1886, M. Le Fort vous présentait un jeune homme ayant de l'exophtalmie produite par une tumeur faisant saillie dans l'orbite. Une discussion s'ensuivit, et on formula successivement les hypothèses d'abcès froid, de kyste, etc. M. Le Fort fit une incision au niveau du sourcil et vida la tumeur. Une nouvelle incision fut faite plus tard par M. Reclus. Le refoulement de l'œil continua. Je vis le malade l'année dernière et constatai des masses fongueuses au fond des fosses nasales, avec sécrétion purulente

et des symptômes sérieux de résorption. Je pensai aussitôt à faire l'abaissement du nez pour avoir du jour et attaquer le mal. Je pratiquai une incision en fer à cheval, un trait de scie, et j'eus un large espace béant.

Le trait de scie tomba sur une masse kystique avec des diverticules nombreux communiquant tous entre eux. Je pénétrai dans les sinus sphénoïdiens avec précaution et je pus enlever la paroi ou la pseudo-paroi kystique que traversaient des trabécules osseuses. La poche enlevée remplissait le creux de la main. Je ne pénétrai pas dans l'orbite, mais seulement dans une cavité rétro-orbitaire. Des éponges arrêtaient l'hémorrhagie par la compression. Au moment de refermer la plaie, il me sembla que l'œil ne pourrait facilement reprendre sa place; j'enlevai donc un segment en V au niveau de la branche montante du maxillaire.

Au bout d'un mois, toute suppuration avait disparu. Aujourd'hui, il y a trois mois que l'opération a eu lieu, et le malade va vous être présenté: les yeux sont sur la même ligne et la difformité est presque insignifiante. (*Le malade est présenté.*)

L'analyse histologique n'a démontré dans la paroi du kyste que de la muqueuse enflammée. Était-ce donc simplement un kyste par rétention, formé dans les sinus sphénoïdiens? Je crois qu'il y a eu en outre néoformation véritable. Cette tendance néoplasique dans cette région est à rapprocher de certaines tumeurs congénitales observées en ce point. Il est curieux, du reste, à l'appui de ce rapprochement, de voir sur une des photographies du jeune homme, qui date de l'âge de 11 ans, un commencement de difformité. Quoi qu'il en soit, il n'y avait pas altération de l'os et abcès froid consécutif, comme on l'avait supposé au moment de l'examen fait par M. Le Fort.

J'ai voulu par cette présentation rappeler l'attention sur l'opération que j'ai inventée en 1864, et montrer qu'on peut l'appliquer à des tumeurs très diverses. C'est en particulier dans les tumeurs malignes qu'on pourra s'en servir utilement.

Chassaignac avait conseillé d'enlever les os propres du nez. C'est une erreur de ce chirurgien éminent. Tout sacrifice osseux fait perdre au nez sa forme première sans nécessité. Le seul but à atteindre est de se donner une voie large pour opérer dans les fosses nasales: on l'obtient parfaitement par mon procédé.

Discussion.

M. TRÉLAT. Je pratique l'opération de Després (de Saint-Quentin), qui donne aussi beaucoup de jour. Elle comporte une incision latérale et la destruction du bord externe (osseux) de l'orifice nasal;

on aborde ainsi largement une seule des fosses nasales. Cette opération me paraît préférable quand on a à intervenir d'un seul côté. En effet, elle est supérieure au point de vue de la beauté du résultat, la cicatrice étant moins apparente, et, pour une intervention unilatérale, elle donne même autant de place. Mais elle ne peut servir que d'un côté seulement, et, en cela, elle est inférieure à l'opération de M. Ollier, pour les cas où l'on doit agir à droite et à gauche en même temps.

M. OLLIER. Cette opération ne donne pas une place suffisante : la plupart des tumeurs sont devenues bilatérales par leur développement ultérieur; la difformité est presque nulle avec mon procédé quand la réunion est bien faite : on ne peut donc lui faire cette objection.

Communication.

Section extemporanée de l'éperon dans la cure de l'anus contre nature.

Par M. L.-G. RICHELOT.

Je désire vous entretenir d'un procédé opératoire qui n'a pas la prétention de renverser les idées admises dans la cure de l'anus contre nature. C'est moins, d'ailleurs, une innovation qu'un retour en arrière.

Il nous arrive souvent aujourd'hui de remettre en honneur des pratiques surannées, qui redeviennent, par les soins que nous prenons, choses naturelles et permises, et ont sur les méthodes ingénieuses qui les avaient jadis détrônées l'avantage d'être simples.

Voilà pourquoi je vous propose de substituer, dans certains cas d'anus contre nature, la section pure et simple de l'éperon, suivie de quelques points de suture, à l'entérotome de Dupuytren.

L'entérotomie fut certainement une invention des plus heureuses, qui peut encore aujourd'hui nous rendre des services. Mais elle n'est pas d'un emploi toujours facile ni toujours victorieux, et une preuve de ses imperfections se trouve dans les nombreux changements de forme qu'on a fait subir à l'instrument primitif. Il me serait facile de faire ici le procès en règle de l'entérotomie ; mais, comme je la crois utile et applicable à certains malades, je me garderai d'exagérer ses défauts, et je rappellerai seulement en peu de mots les conditions qui peuvent la rendre incommode ou dangereuse.

La conformation de l'anus contre nature empêche quelquefois

de bien saisir l'éperon dans l'étendue nécessaire, tout en voyant et sachant bien ce qu'on a saisi. Appliquer l'entérotome à l'aveugle, c'est risquer de blesser, à la base de l'éperon, une anse intestinale et d'amener de gros malheurs.

L'entérotome prend mal certains éperons, et peut glisser chez des malades remuants. Il cause de vives douleurs, et quelquefois des phénomènes nerveux assez graves.

Quand les deux lames de l'éperon n'adhèrent pas entre elles, la pression de l'instrument et l'irritation qu'elle provoque peuvent être insuffisantes pour protéger la cavité abdominale. Des cas mortels ont été signalés, où la section lente de l'éperon n'a fait qu'ouvrir le péritoine. On a dit que l'opération avait été faite trop tôt (dix-sept jours après l'établissement de l'anus artificiel, dans une observation de Velpeau), mais l'argument ne vaut rien, car l'entérotome se propose de souder entre elles deux parois encore séparées ; si on attend qu'il y ait de vieilles adhérences, naturellement il n'est plus dangereux, mais alors il est parfaitement inutile. J'incline à croire que l'entérotomie va toute seule et paraît merveilleuse, dans ces derniers cas surtout, et qu'elle a causé des malheurs, non publiés, dans maintes occasions dont personne n'a eu connaissance.

L'entérotomie ne semble pas aujourd'hui très goûtée des Allemands ; si bien que plusieurs d'entre eux ont recommandé, comme méthode de choix, l'ouverture du ventre, la résection intestinale et l'entérorrhaphie circulaire ¹. Julliard (de Genève) s'en est, lui aussi, déclaré partisan. Pour mon compte, je suis prêt, dans certains cas d'anus contre nature, à libérer l'intestin et à l'attirer au dehors pour le réséquer, le fermer par la suture et le réduire ; mais je pense qu'il y a souvent lieu d'agir plus simplement et de conserver l'ancienne méthode.

Celle-ci peut être améliorée, si je ne me trompe, par un procédé qui évite les difficultés de l'entérotomie, ses lenteurs, ses incertitudes, sans revenir à la section pure et simple, imprudente et sans précaution, que certains chirurgiens ont osé faire autrefois, avec des fortunes diverses. Rayé de Vilvorde avait tout bonnement enlevé l'éperon avec des ciseaux et guéri son malade en dix-huit jours. Dupuytren lui-même, avant d'imaginer l'entérotome, avait traversé l'éperon avec une mèche dont il augmentait chaque jour le volume ; puis il faisait à sa base, du côté du ventre, des « incisions d'une demi-ligne » ; un jour, le péritoine fut ouvert et le malade mourut.

¹ POLLOSSON, Traitement de l'anus contre nature et des fistules stercorales (*Thèse d'agrégation*, 1883).

Ne peut-on sectionner l'éperon en s'y prenant de manière à fermer le péritoine ? C'est ce que j'ai fait l'année dernière à l'hôpital Tenon chez un malade dont je vous rapporterai sommairement l'histoire.

Alexandre B..., 44 ans, portait une hernie inguinale droite depuis son enfance. Le 12 avril 1887, la hernie s'étrangle ; entrée à l'hôpital le 13, opération le 14 par M. Gérard-Marchano : l'état de l'intestin oblige notre collègue à faire un anus contre nature. Ayant pris le service à la fin de l'année, je trouve ce malade en assez piteux état ; autour de l'orifice anormal, la peau est altérée, douloureuse ; il attend avec impatience une opération nouvelle qui le délivre de son infirmité.

C'est un homme plus vieux que son âge, misérable, et dont les facultés mentales sont profondément troublées ; il est agité, se lève la nuit sans raison et n'écoute ni conseils ni remontrances. Malgré les difficultés que cet état physiologique me fait prévoir, je me décide à tenter la cure de l'anus contre nature. Seulement, je me demande si j'arriverai jamais à lui faire subir un traitement irrégulier.

En examinant l'orifice anormal, je trouve que le bout inférieur est enfoui sous un gros bourrelet muqueux, qui intercepte absolument le passage des matières. L'éperon, loin de former une arête vive, est largement étalé ; ses deux lames sont éloignées l'une de l'autre et n'ont entre elles aucune adhérence ; en les rapprochant avec les doigts, on reconstitue la cloison qui sépare les deux bouts, et on s'assure, en les faisant glisser, que rien ne s'interpose entre les deux surfaces péritonéales. Il est donc nécessaire de souder les deux lames de l'éperon si on veut le détruire ; et il semble qu'on puisse le faire sans danger pour les organes voisins. Mais comment réussir dans ce cas particulier ? J'avais peur, je l'avoue, en présence de ces deux lames si mobiles, de voir l'entérotome ouvrir simplement le péritoine ; et, surtout, comment faire supporter pendant plusieurs jours, à un pareil malade, ce corps étranger, cette pression douloureuse ?

C'est alors que l'idée me vint de faire en un seul temps et avec les précautions voulues ce que l'entérotome aurait fait en plusieurs jours et peut-être mal fait, c'est-à-dire de réséquer la cloison intestinale et de fermer le péritoine ; et je pratiquai, le 3 mars 1888, l'opération suivante :

Je saisis l'éperon avec deux pinces hémostatiques dont les mors un peu longs, en convergeant vers l'abdomen, circonscrivaient un V à base supérieure. Avec des ciseaux, je retranchai la double paroi ainsi délimitée, puis je plaçai une série de fils de soie assez rapprochés sur toute la ligne de section, en rasant les deux pinces. Les bords de la perte de substance faite à l'intestin furent ainsi réunis par adossement des surfaces sèches, et l'occlusion du péritoine assurée. Les pinces furent enlevées sans avoir eu le temps de compromettre la vitalité de la paroi intestinale, et tout se termina par le pansement le plus simple.

Comme le malade ne souffrit pas et n'eut pas de fièvre, il resta à peu

près tranquille, et les suites de l'opération ne me donnèrent aucune inquiétude. Bientôt quelques matières prirent le chemin du but inférieur ; mais j'attendis jusqu'au 23 mars pour compléter la cure. J'avivai alors autour de l'anus contre nature une large surface cutanée, en laissant près de l'orifice anormal deux millimètres de peau saine, qui devaient servir à augmenter le calibre de l'intestin après sa fermeture. Comme la peau était loin d'avoir sa souplesse ordinaire et que l'adossement des parties avivées demandait une assez forte traction, je fis trois étages de suture : une première série de catguts n° 3 prit seulement le bord interne de la surface cruentée, une seconde prit sa partie moyenne ; la première ferma l'intestin, la seconde rapprocha encore les parties ; puis une rangée superficielle de crins de Florence compléta l'affrontement.

Les suites furent absolument bénignes ; je donnai de l'huile de ricin, puis des lavements. Dès le lendemain de l'opération, les matières sortirent par l'anus. Malheureusement, comme je l'ai dit, le malade était agité, indocile, arrachant son pansement et courant malgré nous à travers la salle ; un point de la suture manqua et une fistule s'établit. Néanmoins, les garde-robes se faisaient naturellement, et la fistule laissait échapper peu de matière ; j'essayai vainement de l'oblitérer avec le thermo-cautère, et de guerre lasse j'envoyai le malade, qui troublait le repos de ses voisins, dans un asile d'aliénés. Il est probable que la fistule ne serait pas survenue chez un homme tranquille, ou bien qu'elle aurait guéri facilement. Mais cette observation n'a pas pour objet de prouver la guérison des fistules stercorales, que tout le monde connaît ; elle est destinée à établir, et elle démontre pleinement qu'on peut, dans certains cas d'anus contre nature, commencer le traitement curatif par la section extemporanée de l'éperon, en suivant le procédé fort simple que j'ai décrit.

Je termine en rappelant que je ne veux condamner ni l'entérotome de Dupuytren ni les opérations plus hardies récemment préconisées. Je ne prétends pas que tous les anus contre nature se prêtent à la section de l'éperon telle que je viens de la recommander ; je dis seulement qu'elle convient à certains d'entre eux, et qu'elle rend leur guérison plus sûre et plus expéditive.

Un dernier point mérite d'être indiqué. Je ne vois pas quels inconvénients peut avoir l'application de ce procédé peu de temps après l'établissement de l'anus anormal ; je ne crois donc pas utile d'attendre, comme on l'a conseillé pour l'application de l'entérotome. Pourquoi ne pas agir de bonne heure quand on ne voit pas une tendance bien marquée à l'effacement rapide de l'éperon et à la guérison spontanée ? Outre l'avantage de laisser durer moins longtemps une aussi pénible infirmité, on évitera de la sorte la rétraction du bout inférieur et les altérations profondes de la peau qui surviennent autour de l'orifice, lui ôtent sa souplesse et rendent plus difficile le succès des opérations anoplastiques.

Communication.

Rétrécissement cicatriciel du larynx d'origine syphilitique. Trachéotomie datant de cinq ans. Dilatation quotidienne, de haut en bas, du rétrécissement pendant six mois par les sondes en caoutchouc durci de Schrötter. Guérison.

Par le Dr GOUGUENHEIM, médecin de l'hôpital Lariboisière.

OBSERVATION. — B... âgé de 43 ans, employé de commerce, entre à la salle Lasègue en octobre 1888.

Homme grand, bien constitué. A eu la syphilis en 1869. Les premiers accidents laryngiens ont éclaté en 1871. Les accès de suffocation se sont montrés en 1882, et la laryngotomie intercrico-thyroïdienne a été pratiquée en 1883 par le Dr Richelot.

Trois semaines après l'opération, B... fut traité quotidiennement pendant quatre mois par un spécialiste de Paris qui pratiqua la dilatation au moyen des pinces de Fauvel. La pince introduite dans le larynx n'y séjournait chaque fois que quelques secondes. Pas de résultat.

B... entra ensuite dans un service de médecine de Paris, où il fut soigné par l'interne de ce service qui pratiqua pendant six mois la dilatation avec un appareil à écartement progressif de son invention. Pas de résultat. Une autre tentative du même expérimentateur, consistant en cautérisations galvano-caustiques, n'eut pas plus de succès.

Depuis, B... renonça à tout traitement, ne pouvant respirer que par la canule qu'il lui était impossible de fermer même pendant un très court espace de temps.

En septembre 1888, B... se présente à l'hôpital Lariboisière ayant des accès de suffocation causés par la sortie de la canule pendant la nuit. Le malade ne put replacer sa canule qui fut réintroduite.

Examen du larynx : Hypertrophie et déformation de l'épiglotte ainsi que du côté droit de la région aryténoïdienne ; ouverture du larynx assez étroite, on ne peut voir intérieurement que le côté gauche. La bande ventriculaire de ce côté est fibreuse, a un aspect nacré, et simule assez une lèvre de la glotte : au-dessous, on ne voit plus rien.

Une bougie en caoutchouc durci qu'on introduit dans le larynx, non seulement ne peut franchir le rétrécissement, mais est très mal tolérée.

Le malade, désireux de voir supprimer sa canule, en raison de l'impossibilité où il se trouve de se placer à cause de cette infirmité, entre dans le service pour subir la dilatation progressive.

Je décidai d'employer à cet usage, d'abord les sondes en caoutchouc durci, puis les petites bougies métalliques du professeur Schrötter, de Vienne. Je me servis d'abord des sondes. La sonde n° 1 fut introduite après l'application de la cocaïne (solution de 1,5). Au bout de quelques jours seulement, je vis la sonde franchir le rétrécissement

et s'engager dans la fente d'une canule en caoutchouc qui remplaça dans la plaie l'ancienne canule métallique.

B... ne put supporter cette application plus de deux à trois minutes. Les jours suivants, la tolérance devint plus grande, et peu à peu, le malade habitué put garder la sonde pendant un quart d'heure à une demi-heure. Au bout de quinze jours j'employai la sonde n° 2.

En l'espace de trois mois, nous employâmes les six premiers numéros, mais au fur et à mesure de l'augmentation du calibre de la sonde, il fallait, quand l'instrument avait franchi le rétrécissement, retirer la canule pour permettre à la sonde de s'engager dans la trachée, en raison de la proximité du siège de rétrécissement et de l'ouverture des voies respiratoires.

L'examen laryngoscopique fut pratiqué durant tout ce temps, afin de constater l'aspect du trajet du rétrécissement. La bande ventriculaire droite se présente de plus en plus à l'œil, mais avec un aspect moins marqué que la bande ventriculaire du côté opposé.

Le trajet du rétrécissement est tapissé de mucosités qui lui donnent un aspect grisâtre : il est absolument impossible de constater l'existence d'une glotte. Malgré cela, la voix du malade, toujours aphone, a un caractère de force plus accentué.

B... incapable depuis longtemps du moindre travail fatigant, put alors exécuter des besognes exigeant de l'énergie, et remplir dans la salle les fonctions d'infirmier.

Dès le moment où la sonde n° 7 eut franchi le rétrécissement, je décidai de fermer définitivement la canule que B... retirait sans inconvénient tous les matins pour subir le cathétérisme.

En présence du résultat suffisant obtenu par l'introduction et le maintien des sondes dilatatrices pendant une heure, je renonçai, comme étant inutiles dans le cas particulier, à l'emploi des bougies métalliques de Schroetter.

Depuis le 20 février jusqu'à aujourd'hui, la canule resta toujours fermée, même pendant un intervalle de quelques jours que le malade dut passer dans son lit pour un érysipèle de la face. Pendant cette courte période, il n'y eut pas de dilatation ; malgré cela on ne fut pas obligé de recommencer le cathétérisme avec des sondes de calibre inférieur.

Les sondes dilatatrices du calibre de 8 à 11 franchirent successivement le trajet ; jamais on n'eut recours au calibre supérieur avant que la sonde abandonnée ne jouât facilement dans le larynx.

Depuis quelques jours, c'est-à-dire depuis le 10 mai, les deux bandes ventriculaires viennent au contact, et des vibrations vocales se font entendre le matin pendant un très court espace de temps.

La voix nouvelle, d'après le dire du malade, n'a pas le timbre de l'ancienne : elle est encore très faible.

B... est sondé devant les membres de la Société avec la sonde n° 10, qui pénètre très aisément. Je me propose de supprimer la canule et de continuer la dilatation à des espaces de plus en plus éloignés.

Le malade sera représenté ultérieurement à la Société de chirurgie, de manière à constater le résultat du traitement.

Diamètre des sondes: le n° 1 a un tiers de centimètre, le n° 12 deux centimètres; la dilatation a donc été de près de deux centimètres.

Discussion.

M. CHAMPIONNIÈRE. J'ai opéré un malade ayant eu un rétrécissement du larynx par suite d'un cal vicieux résultant d'une fracture du larynx. J'ai dilaté avec la série ordinaire des sondes Béniqué, puis j'en ai fait faire de plus grosses du même modèle. Elles ont l'avantage d'avoir une grande malléabilité. La principale difficulté a été d'habituer le larynx au contact des instruments. Le malade avait une canule: je faisais le cathétérisme de bas en haut.

M. DESPRÉS. Je désirerais revoir le malade de M. Gouguenheim dans dix-huit mois. J'ai vu un malade traité pour un rétrécissement par la dilatation, considéré comme guéri et auquel on avait refermé la plaie de la trachée. Je dus la rouvrir, car il asphyxiait, et je le dilatai de nouveau avec des sondes ordinaires. J'ai traité un autre malade atteint de rétrécissement auquel j'ai fait la trachéotomie et qui n'a pas voulu de dilatation, étant très content de sa simple canule munie d'une boule formant soupape et lui permettant de parler intelligiblement.

M. CHAUVEL. J'ai tenté deux fois la dilatation avec les pinces de M. Fauvel, et je n'en ai pas eu de bons résultats.

M. GOUGUENHEIM. J'ai l'intention de vous ramener le malade plus tard. Quant à la curabilité des rétrécissements du larynx, j'en ai vu des exemples à Vienne, chez le professeur Schrötter. Il est très utile de les guérir, car cela leur permet de se passer de canule, et cette infirmité est un obstacle à l'exercice de certaines professions. Mon malade commence à reparler, le matin, d'une manière un peu distincte, et je ne doute pas qu'il ne fasse encore des progrès.

Communication.

Ablation par la voie vaginale des fibromes utérins volumineux interstitiels et à large base d'implantation.

Par le Dr TERRILLON.

On a déjà discuté devant la Société de chirurgie la plupart des opérations qui se pratiquent sur l'utérus, soit pour enlever des

cancers, soit pour le débarrasser des fibromes plus ou moins volumineux.

Il en est une cependant dont on n'a, je crois, jamais parlé jusqu'ici, et qui cependant mérite d'attirer notre attention, à cause des services qu'elle peut rendre pour l'ablation de certains fibromes utérins.

Je veux parler de cette méthode qui consiste à aller, par la voie vaginale et au moyen d'une section bilatérale ou même d'une résection du col de l'utérus, à la recherche d'un fibrome déjà volumineux et présentant une large base d'implantation dans la paroi de l'utérus.

Ces fibromes spéciaux, qui ne sont pas encore devenus polypeux et qui ne le deviendront peut-être jamais, donnent souvent lieu à des troubles variés qui sont caractérisés par des contractions utérines douloureuses, et surtout des hémorrhagies pouvant devenir graves. Ils conduisent à une intervention, non seulement à cause des accidents qu'ils provoquent, mais aussi à cause de leur augmentation progressive.

Vous connaissez les méthodes nombreuses qui ont été employées par les chirurgiens pour les énucléer en un seul ou en plusieurs temps, les broyer, les mortifier, en un mot provoquer leur élimination par tous les moyens possibles. Je ne vous énumérerai pas tous ces procédés pour arriver à celui que j'ai en vue actuellement, c'est le procédé qui consiste à enlever la tumeur par morceaux.

Déjà essayé par Backer Brown, qui avait proposé la *destruction partielle de ces tumeurs par segmentation* et qui avait inventé des instruments spéciaux pour arriver à ce résultat, ce procédé fut modifié par Thomas, lequel employait des cuillères tranchantes de forme spéciale, et par Sims.

Mais c'est Péan qui, en France, fit subir les modifications les plus importantes. Il fit paraître dans la *Gazette des hôpitaux* (16 mai 1886, p. 446) le premier travail sur ce sujet : *Ablation par morcellement*.

Enfin, on trouvera le résumé complet de l'historique de cette question dans une thèse de doctorat très complète sur ce sujet de M. le Dr Secheyron 1888.

J'ai eu cinq fois l'occasion de pratiquer cette opération dans des circonstances spéciales et assez difficiles. Elle m'a donné chaque fois un excellent résultat ; aussi je désire vous décrire ces opérations avec quelques détails, en les faisant suivre de quelques réflexions.

Ma première observation ne sera pas publiée ici, car elle a déjà été insérée par un de mes élèves, le Dr Valat, dans la *Gazette des hôpitaux* (20 novembre 1888, n° 133, p. 1229) sous le titre :

Fibrome volumineux de l'utérus. Ablation par la méthode dite du morcellement. Guérison.

Les quatre autres observations sont inédites et la plupart encore récentes. Mais les résultats obtenus, surtout la guérison rapide et complète des malades, m'ont permis de les publier assez rapidement.

Elles ont toutes pour objet des fibromes intra-utérins, cachés dans l'utérus; le col était complètement fermé et de longueur normale. Tous ces fibromes faisaient une saillie évidente dans la cavité de l'utérus et étaient libres dans une partie de leur circonférence, mais avec une large base d'implantation. Tandis qu'une de leurs faces faisait une saillie dans la cavité, recouverte par la muqueuse utérine, l'autre était prise et enclavée dans la paroi de l'utérus.

J'insiste sur ces détails, car ces fibromes ainsi disposés et accessibles en partie par la cavité du col ne sont nullement pédiculés.

Cette distinction est importante à signaler. En effet, les polypes intrautérins ne sont pas rares. Or, les méthodes d'ablation de ces corps sont bien connues, et il suffit, après dilatation artificielle du col, de les cueillir avec un serre-nœud, de les détacher par torsion du pédicule, ou même de couper ce dernier avec des ciseaux, après avoir abaissé le polype, saisi fortement avec une pince.

Il ne faut donc pas confondre cette intervention spéciale avec celle que j'étudie actuellement et qui en diffère totalement.

Obs. I. — M^{me} P..., âgée de 42 ans, forte, vigoureuse, a eu un enfant à l'âge de 20 ans.

Depuis sept ou huit ans elle se plaignait de douleurs dans le ventre, qui bientôt s'accompagnèrent de règles abondantes, mais elle n'éprouvait aucun symptôme sérieux.

En 1885, elle commença à sentir dans la partie inférieure du ventre une bosselure manifeste qui s'accrut du côté gauche. A part ces symptômes, la santé générale était excellente, et cette dame, à la tête d'une grosse maison de commerce, travaillait beaucoup et sans fatigue, lorsque, le 40 août 1888, à la suite d'une fatigue assez prolongée, elle fut prise subitement de douleurs violentes dans l'abdomen.

Ces douleurs, semblables à celles de l'accouchement, étaient continues avec des exacerbations. Bientôt, au lieu de se calmer, elles augmentèrent au point de donner lieu à des vomissements presque continus.

Une constipation opiniâtre existait en même temps; le ventre était ballonné, la figure grippée, et on commençait à croire à une explosion de péritonite. Cependant, l'absence de température, le peu d'accélération du pouls éloignaient cette idée.

Tous les moyens employés pour la calmer ne m'amenaient à aucun résultat ou n'avaient qu'une action très rapide et très fugace.

Après deux jours de cet état cruel, qui arrachait des cris à la malade et menaçait d'entraîner des accidents graves, M. le Dr Jules Voisin, médecin de la malade, me pria de l'examiner, car il avait la conviction que le fibrome développé chez la malade dans les dernières années était la cause de tous ces accidents.

Au premier examen, je reconnus la présence d'un fibrome volumineux, occupant tout le bassin et dépassant le pubis de cinq centimètres environ.

Il semblait être surmonté par un prolongement ou une grosse bosse-lure très sensible à gauche.

Par le toucher, je trouvai le col utérin effacé, avec un bord tranchant, limitant un orifice large comme une pièce de un franc. La pulpe du doigt, introduite à ce niveau, permettait de sentir un fibrome logé dans la cavité, mais qui paraissait adhérent à la paroi gauche de l'utérus.

L'hystéromètre à cadran, dont je me sers ordinairement, indiquait un agrandissement de la cavité utérine qui était de 16 centimètres. Cette cavité était située du côté droit.

Le diagnostic était donc bien net : fibrome intra-utérin, non pédiculé et provoquant des douleurs expulsives intolérables et continues, avec phénomènes généraux graves. Je proposai l'extirpation par la voie vaginale.

L'opération fut pratiquée le 22 août 1888, avec l'aide de MM. Jalaguier et Routier. — Un premier phénomène intéressant mérite d'être signalé. Avant que la malade fût endormie, j'avais constaté très nettement que le col était effacé et entr'ouvert, comme cela se présente à la fin d'une grossesse. Le doigt, introduit dans cet orifice, permettait de sentir une masse dure et lisse qui était constituée par le fibrome.

Lorsque le sommeil chloroformique fut suffisamment profond, je mis la malade dans le décubitus dorsal, les jambes et les cuisses écartées et fléchies sur le bassin, position du spéculum; mais je fus très étonné de constater que le col avait repris sa forme allongée, conique, qu'il était complètement fermé et ne permettait pas l'introduction du doigt.

Une sonde introduite dans sa cavité pénétrait de quatre ou cinq centimètres, jusqu'au contact du fibrome.

Malgré ce contre-temps, qui s'expliquait facilement par le fait de l'action du chloroforme, lequel avait aboli les grandes contractions expulsives de l'utérus, je résolus de passer outre et de pratiquer l'opération.

Le col fut fendu des deux côtés, dans le sens transversal, avec de forts ciseaux. Chacune des lèvres, solidement saisie avec une forte pince, fut écartée.

Le doigt, introduit entre ces deux valves, arrivait sur un orifice arrondi, qui était l'orifice interne du col. Celui-ci fut débridé de chaque côté avec un bistouri boutonné, et le doigt introduit profondément put dilater cet obstacle et arriver ainsi au contact du fibrome. La dilatation fut ensuite exagérée et permit bientôt d'introduire trois doigts.

Une partie de la surface du fibrome, large comme une pièce de cinq francs, fut ainsi rendue accessible au doigt.

Je reconnus que le myome était complètement confondu avec la paroi gauche de l'utérus et revêtu par la muqueuse. La cavité utérine se dirigeait à droite.

Résolu à faire toutes les tentatives pour l'enlever, j'introduisis sur mon index droit, servant de conducteur, un long bistouri boutonné. J'incisai la muqueuse qui recouvrait le corps fibreux, de façon à créer une boutonnière de quatre centimètres environ.

Par cette solution de continuité de la muqueuse, mon index put arriver sur le fibrome et décortiquer à sa surface une partie de sa membrane d'enveloppe.

Bientôt, j'eus avec le doigt la notion qu'une partie du tissu fibreux sous-jacent était à nu.

Introduisant alors une pince à érigne, il me fut facile de saisir, en me guidant avec le doigt, une portion de ce tissu, qui fut attiré le plus possible en bas.

Avec une paire de ciseaux longs et courbes, je pus sectionner dans la tumeur, et en agissant par torsion avec ma pince, j'arrivai à extraire un morceau du fibrome de la grosseur d'un œuf.

Cette même manœuvre, aidée de la décortication du fibrome avec le doigt, me permit d'enlever de proche en proche et par morceaux de différentes grosseurs une masse fibreuse ayant le volume de deux poings d'adulte.

La cavité anfractueuse qui restait était libre, à surface déchiquetée, mais sans fibromes secondaires.

Cependant, il semblait qu'un autre fibrome situé à gauche, celui qui proéminait si évidemment du côté de l'abdomen, se présentait en haut : mais comme l'opération avait duré deux heures, que la perte de sang avait été très abondante et que la tumeur était difficile à atteindre, je résolus de m'arrêter, dans la crainte de perdre la malade d'hémorrhagie.

La cavité résultant de l'ablation du fibrome fut remplie de gaze iodoformée, ainsi que le vagin. Ce tamponnement avait été précédé d'un lavage abondant avec une solution faible de sublimé.

L'opération avait duré deux heures et demie et avait beaucoup affaibli la malade, à cause de la perte de sang importante que je n'avais pu éviter.

Le soir de l'opération, la malade était très affaiblie. T. 37° 8, P. 92.

Un léger degré de délire bruyant et loquace commençait. Il me parut dû à l'absorption de l'iodoforme.

Le lendemain 23 août, la température était montée à 38° 4. Le délire bruyant augmentait. Le tampon de gaze iodoformée fut changé avec peine et suivi d'un lavage au sublimé. Le 24, délire violent; la malade veut se lever. Langue sèche, température, 39. Le délire tenait évidemment à l'iodoforme. Le tampon est remplacé par la gaze à l'iodol.

Pendant les jours suivants, le délire diminua progressivement, mais la température resta assez élevée et, malgré les lavages abondants, on

ne put obtenir une asepsie absolue de la cavité utérine anfractueuse et largement ouverte.

C'est le 28 août que la malade fut confiée aux soins de mon ancien interne, le D^r Valat, qui m'a donné le compte rendu des soins qu'il a prodigués à M^{me} X... jusqu'à sa complète guérison.

La malade se plaignit pendant les jours suivants de coliques violentes, semblables aux coliques expulsives de l'accouchement. Grâce à des lavages répétés, la température restait dans des limites rassurantes.

Vers le 3 septembre, on sent une masse assez grosse qui semble proéminer entre les lèvres du col; cette masse empêche le lavage complet de la cavité; aussi la température remonte.

Enfin, le 14 septembre, on enleva un fibrome sphacélé, du volume du poing, qui tient à peine par quelques tractus. Lavage abondant de la cavité avec la sonde du D^r Budin.

Le 15 septembre, amélioration générale. La température baisse rapidement.

Le 18 septembre, on retire un autre fibrome du poids de 120 grammes environ, et on pratique un lavage profond.

Le 19 septembre, la température devient normale, et à partir de cette époque, elle ne présente que des oscillations insignifiantes. Cependant, le 22 septembre, on trouve encore, détaché, libre dans le vagin, un morceau de polype du volume d'une mandarine. Cette sortie successive des morceaux de polypes, qu'on ne peut extraire que successivement, a été causée par l'indocilité de la malade qui se refusait à toute introduction du spéculum.

La guérison fut complète le 1^{er} octobre 1888, six semaines après l'opération. Actuellement l'utérus a un volume normal, il est mobile et non douloureux. La malade a engraisé et se porte très bien.

Dans cette observation, il existe, comme vous le voyez, une première difficulté qui a consisté à aller à la recherche du fibrome, à travers un col épais, allongé, très contracté et qui ne permettait qu'un accès difficile. Cependant ces fibromes purent être enlevés à différents intervalles; le premier, du volume du poing, fut enlevé 20 jours après l'opération. Enfin un autre fibrome de 120 grammes fut retiré 26 jours après l'opération. Le troisième ne sortit qu'après un mois (24 septembre), l'opération ayant eu lieu le 22 août.

Mais le caractère spécial de cette observation consiste dans ce fait, qu'après l'ablation du premier fibrome du volume d'une tête de fœtus, il était absolument impossible d'aller à la recherche du second, situé au fond de l'utérus, du côté gauche; il proéminait à ce moment beaucoup plus du côté du péritoine que du côté de la cavité utérine, où il était impossible de l'atteindre.

D'après les principes de cette opération, qui consiste à tout enlever dans une même séance, de façon à ne laisser aucune parcelle de tissu susceptible de se mortifier ou de s'altérer, et par consé-

quent de créer un foyer de septicémie, ma malade se trouvait donc dans de mauvaises conditions. Aussi, dès le premier jour, j'eus la préoccupation d'empêcher toute trace d'infection ou de la détruire aussitôt née, de façon à permettre la sortie ultérieure du myome, qui restait en place s'il devait s'énucléer par le fait de la contraction permanente du muscle utérin.

Ce n'est, en effet, qu'après 28 jours qu'on put extraire ce dernier fibrome isolé du premier et qui faisait saillie dans le vagin au delà du col utérin qu'il avait franchi.

Mais il ne faut pas oublier que ce n'est que grâce à une antiseptie parfaite et rigoureuse entretenue au moyen de tampons antiseptiques et surtout de lavages quotidiens, profonds et même intra-utérins, que les accidents de la septicémie ont pu être empêchés ou enrayés.

Actuellement cette malade est absolument débarrassée de toutes ses tumeurs ; l'utérus, revenu à son volume normal, est petit et mobile dans l'abdomen.

Obs. II. — M^{me} X..., âgée de 42 ans, est forte, vigoureuse et ordinairement bien portante.

Toujours abondamment, mais régulièrement réglée depuis l'âge de 15 ans, elle se maria à 20 ans, mais n'a pas eu d'enfant.

Depuis dix ans environ, elle éprouve une pesanteur douloureuse dans le ventre, avec des douleurs expulsives de l'utérus au moment de ses règles. Celles-ci sont devenues plus abondantes et ont quelquefois fini par une perte.

Il y a 3 ans, elle s'aperçut d'une grosseur occupant le bas-ventre et facile à percevoir au-dessus de l'ombilic. Le diagnostic porté par un médecin qu'elle consulta dans le midi de la France fut un fibrome utérin.

A partir de cette époque, se manifesta un symptôme nouveau, qui fut caractérisé en écoulement abondant de sérosité, légèrement coloré en rouge, dans l'intervalle des règles.

Cet écoulement alla en augmentant, et tachait continuellement son linge en la fatiguant beaucoup. Dans le courant de l'année 1888, elle éprouva plusieurs fois un phénomène assez curieux, qui consistait dans l'arrêt momentané de cet écoulement, suivi bientôt d'une véritable débâcle. Le liquide était alors un peu odorant. Il est probable que le col utérin se resserrait, provoquant de la rétention.

Tous ces phénomènes étaient accompagnés de douleurs violentes, de contractions utérines douloureuses, avec irradiations dans les reins et dans les membres inférieurs, ce qui rendait la vie insupportable.

Enfin, au début de l'année 1889, ces rétentions deviennent plus fréquentes, plus prolongées, les liquides s'altèrent, la malade avait eu la fièvre et des sueurs abondantes ; en un mot, il y avait des phénomènes de rétentions inquiétantes avec fièvre hectique.

Elle vient consulter M. le D^r Siredey, qui constata la présence d'un

gros fibrome de l'utérus atteignant presque l'ombilic. Mais convaincu de la réalité de cette retention et des accidents qui étaient dus à l'étroitesse du col, il proposa la dilatation de cet orifice avec des lamineuses.

Sous l'influence de cette pratique, les liquides s'écoulèrent facilement et les accidents généraux disparurent rapidement.

C'est alors que je fus appelé à voir la malade le 10 mars 1889.

Le col était dilaté suffisamment pour permettre l'introduction du doigt ; je pus sentir facilement au delà de l'orifice interne une masse dure, lisse qui ne pouvait être qu'un fibrome, paraissant confondu avec la paroi supérieure de l'utérus.

Mon hystéromètre à cadran indiquait une cavité de 18 centimètres, occupant la région antérieure de la masse.

Le fibrome, confondu avec l'utérus, semblait avoir le volume d'une tête d'adulte ; situé assez haut dans le bassin, il dépassait le pubis de cinq travées de doigt. Le tout était peu mobile dans le bassin.

Je pensai aussitôt à attaquer ce fibrome non pédiculé par la voie vaginale, après dilatation du col. Mais comme la malade était fatiguée et attendait ses règles, je remis l'opération au mois d'avril. Le col à cette époque serait refermé, mais la section transversale devait produire une dilatation plus grande et plus apte au but que je poursuivais.

L'opération fut pratiquée le 2 avril 1889 avec le concours de mon ami, le Dr Bouilly. Dès la veille, la malade avait été purgée et le vagin désinfecté avec soin.

Endormie avec le chloroforme, elle fut placée dans la position de la taille. Deux valves servirent à écarter les parois du vagin et deux fortes pinces à seringue fixées sur les lèvres antérieures et postérieures du col.

Avec de longs ciseaux, je fis une large incision de chaque côté du col, de façon à atteindre le fond du cul-de-sac vaginal. Deux pinces à forcipressure furent placées sur des artéριοles ouvertes. Les pinces, fortement abaissées, attirèrent le col assez loin dans le vagin pour le rendre facilement accessible.

J'introduisis alors deux doigts dans le col largement fendu, et je pénétrai au niveau de l'orifice interne, qui fut dilaté facilement, après un débridement avec un long bistouri, de façon à pouvoir passer trois doigts. Aussitôt je sentis la tumeur faisant saillie dans la cavité et paraissant implantée dans sa face supérieure, ainsi que je l'avais constaté douze jours auparavant, au moment de la dilatation du col.

Par l'orifice ainsi formé, je pus introduire une pince à égrigne très forte qui saisit fortement la tumeur. Un essai de traction dans le sens vertical et de rotation ne produisit aucun résultat, et montra seulement que la tumeur était très friable, car elle céda par la traction, et j'obtins ainsi un lambeau assez gros de ce fibrome mou.

Je saisis alors une pince à kyste de Nélaton et l'introduisis dans la cavité utérine ; je saisis la tumeur et pus en extraire un large morceau.

Cette manœuvre répétée environ deux cents fois par moi et par M. Bouilly, nous permit d'enlever par morceaux de la grosseur d'un

marron toute cette masse, qui pouvait avoir le volume d'une tête de fœtus et pesait plus de un kilogramme. Un aide appuyant sur le fond de l'utérus repoussait celui-ci en bas et facilitait la manœuvre.

Enfin nous pûmes constater que toute la masse était enlevée, sauf quelques débris correspondant au fond de l'utérus. La main, appuyée sur l'abdomen, montrait que le fibrome avait disparu et que l'instrument introduit dans la cavité de l'utérus n'était séparé de la paroi abdominale que par une mince épaisseur de tissu.

L'opération était donc terminée.

Un lavage abondant fut pratiqué dans la cavité utérine, et celle-ci ainsi que le vagin furent remplis de gaze iodoformée à 1/30.

Je ne réunis pas les lèvres du col sectionné; car je crois que cette réunion se fait rapidement après quelques jours. Deux longues pinces furent laissées à demeure, car des artères saignaient. L'opération avait duré une heure et quart.

Les suites furent parfaites, la température ne monta jamais au delà de 37,40. Un premier pansement fut pratiqué le 3^e jour. Les tampons intra-utérins avaient été chassés par les contractions intra-utérines dont la malade avait souffert dans les premiers jours. L'utérus s'était refermé complètement.

Un second pansement permit de constater que les bords de l'incision du col étaient en voie de réparation.

Aujourd'hui, 25 mai, la malade est retournée chez elle en province, parfaitement bien portante et l'utérus ayant son volume presque normal. Le col présente de chaque côté une petite fente comme à la suite d'une couche.

Obs. III. — Le 15 avril dernier, je fus appelé par M. le Dr Thomas auprès d'une malade de 26 ans, qui éprouvait dans le ventre des douleurs intolérables, revenant par accès, accompagnées d'hémorrhagies abondantes et presque continues qui l'épuisaient complètement.

On avait constaté depuis longtemps la présence d'un volumineux corps fibreux occupant l'utérus et logé dans le bassin qu'il dépassait un peu au-dessus du pubis.

Cette femme était extrêmement pâle, très anémique, quoique ayant conservé un certain embonpoint; elle vomissait presque tous les aliments depuis plusieurs jours, mais sans avoir de fièvre ni aucun accident péri-utérin.

Par le toucher, je constatai la présence d'une grosse tumeur utérine un peu occupant tout le corps. Le col épais, à moitié effacé, laissait passer le bout du doigt. En allant le plus profondément possible, j'eus bientôt la notion exacte que le fibrome était au niveau de l'orifice interne du col, et qu'il était rapproché de cet orifice par les contractions violentes de l'utérus.

Un hystéromètre introduit dans la cavité indiquait une cavité de 16 centimètres, très saignante et à courbure antérieure. Je n'hésitai pas à attribuer tous les troubles graves observés chez cette malade à la présence du fibrome et à l'état de contractilité de l'utérus, qui

cherchait à s'en débarrasser. Aussi je proposai à cette malade de la recevoir à la Salpêtrière, où elle entra le 16 avril.

L'opération par morcellement de la tumeur intra-interne, après section bilatérale du col, fut pratiquée le 19 avril 1889.

La malade est chloroformée et le vagin bien désinfecté. Avec deux valves tenues par des aides, j'écarte les parois vaginales, et le col est facilement accessible à la vue.

Une pince à érigne étant posée sur chacune des lèvres, j'essaye d'abaisser la totalité de l'organe sans y parvenir.

Avec une paire de forts ciseaux, je débride largement le col des deux côtés, jusqu'au fond du cul-de-sac vaginal.

Ce débridement bilatéral donne une large ouverture dans laquelle je peux introduire un et ensuite deux doigts, qui atteignent bientôt l'orifice interne. Celui-ci est dilaté légèrement puis débridé de chaque côté, ce qui permet aux doigts de prendre au delà de cet orifice, jusque dans la cavité utérine.

Aussitôt que j'ai pu pénétrer dans cette cavité, je sens une masse arrondie saillante, libre de toutes parts et qui représente un fibrome en partie libre dans la cavité de l'utérus. Les doigts restant en place et servant de conducteurs, je peux introduire une pince à mors plats, munis de dents qui saisit fortement un segment de la tumeur.

Afin de m'assurer si le pédicule est petit et facile à tordre, je fais subir à la pince des mouvements de torsion. Mais ceux-ci ne peuvent s'exécuter dans aucun sens, ce qui indique que la tumeur est solidement fixée par une base large et solide. J'essaye aussi de la tirer du côté de l'orifice du col, mais je trouve la même résistance; tout l'utérus est ébranlé, mais la partie saisie par les pinces ne se déplace pas.

En faisant ces manœuvres, je constate que le tissu du fibrome est friable et se laisse assez facilement déchirer; il saigne peu.

Je procède alors par morcellement, et à chaque introduction de la pince, toujours guidée par le doigt introduit dans l'utérus, je ramène un lambeau du fibrome.

Il fut nécessaire de faire environ trois cents introductions ou manœuvres semblables, qui permirent d'extraire par lambeaux de volume variable cette tumeur, qui devait avoir le volume des deux poings et même davantage.

Bientôt je sentis avec mon doigt, introduit dans l'utérus, que la partie pédiculée ayant le volume du poignet semblait s'enfoncer en haut dans un véritable diverticule. Je poursuivis la recherche de cette partie, et bientôt j'eus la notion qu'il ne restait plus qu'une surface tomenteuse, formée par les débris de la partie arrachée. En combinant cette recherche avec le palper abdominal qui permettait de reconnaître au-dessus du pubis le fond de l'utérus, je savais que j'étais près de la surface de cet organe; aussi je m'arrêtai, car il semblait que bientôt j'atteindrais la paroi utérine elle-même.

La cavité utérine fut lavée largement avec une solution chaude de sublimé, solution qui avait déjà servi à nettoyer plusieurs fois le champ opératoire.

Sans réunir les lèvres du col, j'introduisis dans la cavité une mèche de gaze iodoformée, et le vagin fut bourré également de cette substance. Les morceaux du fibrome enlevés pesaient ensemble 1,800 grammes. L'opération avait duré une heure et quart, et la malade avait perdu une petite quantité de sang relativement au traumatisme étendu ainsi produit, et surtout à la durée de cette intervention.

Le troisième jour, il s'était écoulé un peu de liquide sanguinolent par la vulve, et la température était montée à 38°. J'enlevais ces tampons et fis un lavage vaginal et intra-utérin avec une sonde Budin; les tampons furent remplacés.

Cette malade est sortie de la Salpêtrière le 8 mai, guérie et ne souffrant plus; les lèvres du col sont encore un peu entr'ouvertes.

Obs. IV. — M^{me} G..., âgée de 36 ans, habite la province.

Depuis quelques années, elle se plaint d'hémorrhagies abondantes par le rectum, surtout au moment de ses règles. Bientôt se développent des douleurs violentes, semblables à celles de l'accouchement, qui revenaient à intervalles irréguliers.

Un état d'amaigrissement assez notable accompagnait l'ensemble de ces phénomènes.

Après des alternatives de mieux et de grand accablement, la malade était dans un état assez maladif depuis quelque temps, lorsque les accidents s'accrochèrent.

Depuis plusieurs semaines, la malade accuse des douleurs violentes, revenant par accès et simulant les épreintes utérines de l'accouchement, ou encore les coliques qui accompagnent les règles. Mais ces douleurs sont tellement intenses que la malade pousse des cris, se roule sur son lit. La morphine est souvent impuissante à les calmer, et provoque chez la malade des nausées et même des vomissements.

En même temps se produisent des pertes sanguines, presque continues et assez abondantes, que rien ne peut arrêter.

La malade se rend auprès d'un chirurgien de la ville voisine, qui emploie les courants électriques en appliquant un électrode dans l'utérus, et l'autre sur la paroi abdominale.

Après quelques séances, les douleurs et les crampes utérines deviennent plus violentes et même intolérables. La malade se décide à venir à Paris pour consulter M. de docteur Bucquoy, qui me prie de la voir avec lui.

Nous trouvons une femme affaiblie, amaigrie, la figure anxieuse et pâle, la langue sèche, sans fièvre manifeste, mais en proie à des douleurs violentes qui paraissent siéger dans l'utérus. Celles-ci s'irradient dans les lombes et dans les cuisses et arrachent des cris à la malade.

En examinant l'utérus, je trouve un organe assez gros, placé dans sa position normale. Le col regarde en haut et est entr'ouvert; son segment inférieur est augmenté de volume et se continue dans la masse utérine.

Le toucher et surtout le ballottement de l'utérus provoquent des douleurs violentes et des contractions.

Avec le doigt introduit dans l'orifice du col, il semble qu'on sent une bosselure profonde.

Malgré cet examen insuffisant et craignant de ramener des douleurs par la dilatation, je diagnostique la présence d'un fibrome dans la cavité utérine ou dans son voisinage; en effet, seul un corps de cette nature pouvait provoquer des contractions utérines aussi violentes et aussi douloureuses avec un écoulement sanguin aussi abondant.

Je n'hésitai donc pas à préparer une opération qui permit d'enlever cette cause de contractions utérines aussi douloureuses.

L'opération fut pratiquée le 29 avril 1889, en présence de M. Bucquoy.

La malade étant endormie et le vagin convenablement désinfecté, je saisis les deux lèvres du col avec deux fortes pinces.

De chaque côté un coup de ciseau débrida le col jusqu'au cul-de-sac vaginal; l'hémostase fut assurée avec trois longues pinces.

J'introduisis alors le doigt dans le col et rencontrai bientôt l'orifice interne étroit et difficile à franchir. Après un débridement bilatéral portant sur la muqueuse et une partie du tissu musculaire, je pus introduire le doigt en dilatant l'orifice avec violence. Bientôt je pénétrai dans la cavité du corps.

Avec un peu de patience je pus bientôt après introduire deux doigts.

Il fut facile alors de sentir avec le bout de l'index que la cavité était irrégulière et que vers sa face inférieure existait une bosselure dure, faisant saillie légèrement dans la cavité.

Avec une pince à dents, conduite avec le doigt préalablement introduit jusqu'au voisinage de ce corps dur, je pus saisir et déchirer la muqueuse qui le recouvrait.

Après plusieurs applications de cette pince, je sentis le corps dur à nu dans une partie de sa surface, et je pus le saisir avec la pince et l'extraire en bloc.

- Il avait le volume de l'extrémité du pouce.

Derrière lui, mais plus profondément, existaient deux autres bosselures qui furent traitées de la même façon, et je pus extraire ainsi successivement, après plusieurs introductions de la pince, deux autres fibromes du volume du bout du doigt.

Après cette ablation, j'eus la sensation que toute la cavité utérine était libre, car je sentais le fond de cet organe très facilement, grâce à la pression exercée sur la paroi abdominale par un aide, pression qui abaissait le fond de l'utérus, en même temps que je tirais sur les pinces qui servaient à fixer les deux lèvres du col.

Je priai un de mes aides d'introduire son doigt dans la cavité utérine pour s'assurer également du nettoyage parfait.

L'opération fut terminée par des lavages au sublimé et l'introduction de tampons de gaze iodoformée dans la cavité du col et dans tout le vagin.

L'opération avait duré une heure, et la malade était très fatiguée; elle eut des vomissements pendant les quarante-huit premières heures, avec un peu d'excitation et de subdélirium. La langue était pâteuse, sans être sèche, et l'appétit nul.

Craignant que l'iodoforme ne fût la cause de ces accidents, je le remplaçai par de la gaze au salol, moins antiseptique. Les accidents cessèrent bientôt; la température ne dépassa pas 37°.8.

Pendant cinq jours il y eut un peu d'écoulement sanguinolent qui cessa ensuite.

Mais le 12 mai, tout écoulement avait cessé; les lavages vaginaux ne donnent plus de liquide louche.

Le col est revenu sur lui-même, avec une double fente peu profonde.

Enfin, la malade va bien, elle ne souffre plus, sauf quelques troubles intestinaux qui persistent et paraissent dus à un fibrome sous-péritonéal occupant la face postérieure de l'utérus.

Réflexions. — Comme on peut le voir par la lecture de ces observations, l'ablation des fibromes, même volumineux, qui proéminent dans la cavité utérine, peut être entreprise par la voie vaginale.

Il est nécessaire, pour arriver sur la partie qui doit être enlevée, qu'un chemin assez large, une ouverture suffisante, soit pratiqué. Pour cela, je me suis servi de la section bilatérale du col, jusqu'au cul-de-sac vaginal.

Cette section bilatérale est suivie de la dilatation avec les doigts de l'orifice interne du col. On aide cette dilatation en débridant avec un long bistouri boutonné, et de chaque côté, la face interne du col.

Il faut arriver à pouvoir introduire deux doigts au moins et même trois doigts dans la cavité utérine. En effet, les doigts doivent servir de guide aux pinces et aux ciseaux qui servent à saisir et à morceler la tumeur.

M. Péan conseille d'agir encore plus largement, en ayant soin, avant de débrider le col, de le détacher de ses attaches vaginales, et au besoin d'en réséquer une partie.

Cette manœuvre, qui donne peut-être plus de place pour manœuvrer, ne m'a pas semblé indispensable; mais si elle me paraissait nécessaire pour obtenir de l'espace, je n'hésiterais pas à la pratiquer.

Une fois la voie libre, le doigt introduit jusqu'au contact de la tumeur, qu'on sent facilement, il ne reste qu'à l'attaquer avec les instruments. Si la tumeur est saillante et isolée, il suffit de la saisir avec de fortes pinces: par exemple les pinces à kystes de Nélaton, munies de dents, et de détruire ou d'arracher les parties qu'on peut saisir. Par une suite de prises portant sur une quantité de tissus, qui ne dépasse guère le volume d'une noix, on peut enlever ainsi de proche en proche toute la tumeur.

Ce moyen est facile quand la tumeur est molle, friable, ce qui s'est présenté dans deux de mes observations.

Si le fibrome est dur, solide, résistant, il est bon de se servir de ciseaux courbes à longs manches. Ceux-ci, guidés sur le doigt, peuvent facilement sectionner la partie saisie par de fortes pinces, et disséquer, en un mot, des tranches de la tumeur, qui peut être ainsi enlevée par segments.

Mais il peut se présenter une circonstance assez fréquente, celle que j'ai rencontrée par exemple dans mon observation première. Le fibrome n'est pas libre dans la cavité, il en occupe un des côtés, et ne proémine de son côté que recouvert par la muqueuse et souvent une partie de tissu utérin plus ou moins épaisse. Dans ces conditions, avant de se servir des pinces, il est nécessaire de faire la manœuvre que j'ai indiquée dans l'observation signalée plus haut.

Avec un long bistouri boutonné, guidé sur le doigt, on sectionne cette couche enveloppante du fibrome sur une certaine étendue. Puis, le doigt, introduit à ce niveau, dissèque cette enveloppe, la lacère, la détache de la surface du tissu sous-jacent et met celui-ci à nu.

C'est alors que, ce dernier étant ainsi dénudé, on peut le saisir avec les pinces et le morceler.

Généralement, cette opération, qui nécessite beaucoup de temps, quelquefois une ou deux heures, est très pénible. En effet, on doit introduire la pince prenante et les autres instruments un grand nombre de fois, trois à quatre cents fois, dans quelques-unes de mes observations. On sera averti que l'ablation du fibrome est totale, par l'exploration digitale de la cavité utérine, qui permet de reconnaître qu'elle est vide.

Mais il faut aussi, avec la main appliquée sur la paroi abdominale, et par conséquent sur le fond de l'utérus, s'assurer que la pince prenante ne déchire pas le fond de la cavité.

Avec quelques précautions, on arrivera ainsi à empêcher tout accident.

Le fond de l'utérus et le vagin étant bien nettoyés, avec un lavage antiseptique, on remplira l'orifice du col et le vagin de gaze iodoformée.

L'iodoforme pourra quelquefois donner lieu à des accidents, délire, nausées, etc., comme chez une de mes malades. Il sera bon de le supprimer et le remplacer par quelque autre substance antiseptique, par exemple le salol ou l'iodol.

Un des principes les plus essentiels de cette opération est d'être terminée entièrement en une seule séance. En effet, si on laisse en place un morceau du fibrome qui a été attaqué ou une autre tumeur de même nature dans le voisinage de la cavité utérine, cette partie se sphacélera et pourra donner lieu à des accidents

de septicémie. Il est vrai qu'on peut parer à ces accidents par des soins appropriés, ainsi que cela s'est présenté dans une de mes observations, trois fibromes situés en dehors du champ opératoire ayant été expulsés après plusieurs semaines. Mais on doit toujours enlever tout ce qu'on peut extraire, afin d'éviter ces accidents. Ceux-ci, en effet, ne se présentent pas à la suite d'une opération bien réglée et complètement terminée.

Enfin, il me reste à signaler un fait curieux et qui a une grande importance.

Sur quatre malades de mon service à la Salpêtrière, j'ai fait une tentative pour enlever des fibromes occupant le voisinage de la cavité utérine et provoquant des hémorrhagies et surtout des épreintes et des contractions douloureuses de l'utérus. Chez elles, j'ai fait la section bilatérale et la dilatation rapide du col. Mais pour des raisons diverses et ne pouvant attaquer avec avantage la tumeur trop peu accessible, j'ai laissé les choses en place.

Sous l'influence de cette dilatation et de la section bilatérale du col, ces malades ont vu disparaître non seulement leurs douleurs, mais leurs pertes sanguines. Une entre autres, que j'observe depuis près d'un an, a bénéficié beaucoup de cette intervention. Ce résultat n'est pas nouveau et est déjà connu. En effet, on sait que plusieurs chirurgiens étrangers ont proposé de faire la dilatation large du col de l'utérus, dans le but de lutter contre les douleurs et les hémorrhagies provoquées par les fibromes.

La dilatation rapide, avec section bilatérale du col, opération non dangereuse, semble donc indiquée dans ces cas. Il semble qu'elle relâche le col et que les fibres du corps, ne trouvant plus de point d'appui sur le cercle contractile du col, ne peuvent plus se contracter énergiquement. Ce fait abolit une des causes principales de douleur et d'hémorrhagie produites par les fibromes.

Il est probable même que cette section bilatérale du col est préférable à la dilatation simple, car après cette dernière le col reprend rapidement sa tonicité ancienne et son rôle habituel. Tandis que, après la désunion non suivie de réunion, la fonction du col comme sphincter se trouve très atténuée sinon abolie.

Je me réserve de traiter cette question dans une autre communication quand j'aurai un certain nombre de faits à présenter en sa faveur.

Discussion.

M. BOUILLY. Je suis très partisan de l'opération dont vient de parler M. Terrillon, et je la pratique très volontiers; elle est applicable aux fibromes volumineux qui, primitivement interstitiels,

sont devenus sous-muqueux sur une partie plus ou moins grande de leur surface. J'ai pratiqué cinq fois ce genre d'opération, quatre fois avec succès ; une fois le malade a succombé.

Ma première opération a été faite le 14 juillet 1887. Il s'agissait d'une dame de 29 ans atteinte de métrorrhagies presque constantes depuis dix ans et chez laquelle avait été diagnostiqué un fibrome de l'utérus, dès les premiers temps qui suivirent son mariage. Aucune thérapeutique utile ne fut instituée. La malade fut tourmentée par des hémorrhagies presque constantes, et en 1887 elle arriva à un tel degré d'anémie et de dénutrition générale, avec œdème des extrémités inférieures, albuminurie, état syncopal, qu'on pensa à la possibilité d'un cancer avancé de l'utérus. Cette hypothèse était encore rendue vraisemblable par la présence d'un écoulement vaginal d'une horrible fétidité. Le toucher indiquait des masses volumineuses sphacélées remplissant la partie supérieure du vagin, se prolongeant à travers le col dilaté dans la cavité utérine, sécrétant un liquide sanieux et fétide. Le palper faisait constater un utérus volumineux remontant jusqu'à l'ombilic ; la région hypogastrique et les bords de l'utérus présentaient une sensibilité cutanée qui me fit craindre une propagation inflammatoire du côté des annexes et du péritoine pelvien. Après avoir fait irriguer le vagin pendant trois jours, de manière à obtenir la désinfection de la région, je pratiquai l'extirpation du fibrome. Cette opération fut rendue très laborieuse par la friabilité des masses gangrenées qui se déchiraient sous les pinces ; à un moment, une véritable collection purulente retenue entre le fibrome et la paroi utérine s'écoula à l'extérieur. Les masses supérieures du fibrome furent réséquées à coups de ciseaux, enlevées par parcelles, et l'opération ne fut terminée qu'après l'ablation des parties largement insérées sur le fond et le bord gauche de l'utérus. La masse enlevée avait environ le volume de deux poings. De grandes irrigations et le curage de toute la cavité utérine terminèrent l'opération. Les suites furent beaucoup plus heureuses que je ne l'aurais espéré ; la malade guérit très vite et d'une façon complète.

La deuxième malade a déjà été signalée à la Société de Chirurgie ; je lui avais fait, en 1887, l'ablation des annexes de l'utérus pour mettre fin à des hémorrhagies incoercibles dues à un volumineux fibrome remontant au-dessus de l'ombilic et emplissant la fosse iliaque gauche. L'hémostase complète fut obtenue pendant un an. Au bout de ce temps, les hémorrhagies se reproduisirent ; l'examen vaginal montre le col entr'ouvert, la possibilité d'introduire au loin la sonde utérine entre le fibrome et la paroi utérine. Le fibrome avait subi une évolution qui l'avait amené à être sous-

muqueux dans une grande portion de son étendue. Le col fut largement fendu aux ciseaux à droite et à gauche jusqu'à l'inversion vaginale; le fibrome fut abaissé autant que possible et attaqué à coups de ciseaux, de manière à enlever des segments cunéiformes, à amoindrir la masse et à faire saillir de nouvelles parties réséquées à leur tour. A un moment donné, il se produisit une contraction utérine, et une masse du volume du poing fut expulsée. Le poids total du fibrome était de 900 grammes. L'utérus fut bourré à la gaze iodoformée.

L'hémostase fut obtenue d'une façon définitive, et la malade est complètement guérie.

Dans le troisième cas, ayant reconnu cette disposition d'un fibrome gros comme les deux poings en partie libre dans la cavité utérine, je fis d'emblée la même opération : section bilatérale du col, résection cunéiforme de la tumeur et ablation totale par morcellement. La guérison fut également simple et rapide.

La quatrième malade était une femme de 48 ans, épuisée par de très abondantes hémorrhagies et portant un fibrome beaucoup plus volumineux, remontant jusqu'au-dessus de l'ombilic, et débordant à droite et à gauche dans la fosse iliaque. Une masse volumineuse ayant dilaté le col faisant saillie dans le vagin, comprimant la vessie et le rectum. Dans une première séance, 800 à 900 grammes de la tumeur furent enlevés par morcellement; l'opération dut cesser devant un suintement sanguin abondant qui fut arrosé par un tamponnement iodoformé.

Deux mois plus tard, de nouvelles portions de la tumeur s'amènèrent dans le vagin, et une nouvelle intervention ramena par le même procédé de morcellement, d'excision et d'arrachement 1,200 grammes de masses fibromateuses. Sans incident opératoire, sans hémorrhagie, la malade succomba épuisée dans les vingt-quatre heures qui suivirent.

Tout récemment, j'ai fait la même opération sur une cinquième malade chez laquelle les choses étaient moins compliquées. Il s'agissait d'une tumeur grosse comme le poing, appendue par un pédicule court au fond de l'utérus. Le col fut incisé, dilaté; la tumeur fut attirée aussi bas que possible et sur mon doigt je pus sectionner en partie le pédicule. Le reste de l'extirpation se fit par torsion. La malade guérit vite.

Je me résume en disant qu'il s'agit d'une bonne opération que rien ne peut remplacer; qu'elle nécessite un diagnostic exact démontrant l'énucléation spontanée préalable du fibrome sur une certaine étendue; qu'elle ne peut être utilement entreprise que si ce fibrome fait, pour ainsi dire, des avances à l'opérateur et particulièrement dans les cas où il a déjà eu tendance à dilater ou

à effacer le col utérin. Je me réserve d'insister autre part sur les signes qui indiquent ce degré d'évolution des fibromes utérins.

Présentation de malade.

Opération d'Ogston pour un genu valgum.

M. PÉRIER présente un malade de 28 ans, qui avait eu, à l'âge de 16 ans, un traumatisme grave du genou en tombant d'un arbre; il semble qu'il ait eu une fracture articulaire. Après guérison, il se manifesta un genu valgum qui s'aggrava jusqu'à une déviation de vingt centimètres, mesurée directement du bord interne du pied au prolongement de l'axe du corps.

Plus tard survinrent des poussées d'arthrite qui empêchèrent cet homme d'exercer sa profession de forgeron.

Une ostéoclasie ou une ostéotomie sus-condylienne, n'auraient pas remédié à l'arthrite.

M. Périer préféra l'opération d'Ogston, en donnant au trait de scie une direction plus rapprochée de l'axe du fémur, afin de pouvoir remonter plus aisément le condyle interne qui descendait très bas au-dessous du niveau du condyle externe. Une incision parallèle au bord interne de la rotule ouvrit l'articulation, puis une incision transversale, tombant sur la première, donna une place suffisante pour la manœuvre opératoire. Tout d'abord, il fallut extraire un fragment osseux libre qui était caché dans l'échancrure intercondylienne. Puis un trait de scie partant du milieu de l'échancrure et remontant en dedans vers le bord interne du fémur un peu au-dessous de l'anneau du troisième adducteur, détacha un fragment comprenant tout le condyle interne. L'extrémité de ce fragment ne pouvant trouver place au milieu des parties molles, s'opposait à l'ascension du condyle; il fallut, par un trait de scie transversal, en supprimer six centimètres. Le fragment ainsi raccourci, les deux condyles purent être ramenés au même niveau. Le condyle interne restait relié au tibia par le ligament latéral interne du genou, il fut fixé au fémur par deux points de suture au catgut, allant d'un condyle à l'autre. La plaie cutanée fut fermée et drainée, puis pansée à la poudre de salol et au coton salolé.

L'opération avait été faite le 8 novembre. Le premier pansement fut fait le 13, on retira un drain et on injecta du naphthol camphré parce qu'il y avait menace de suppuration; deuxième pansement le 16, les drains sont retirés ainsi que la moitié des sutures de deux en deux; troisième pansement le 12 décembre, ablation des dernières sutures; quatrième et dernier pansement le 24 décembre. Appareil silicaté. Le malade se lève le 30 et ne souffre pas. Il va à Vincennes le 15 janvier.

On peut aujourd'hui constater: 1° le redressement de la jambe; 2° l'absence d'adhérences entre les surfaces articulaires et d'épanchement dans la synoviale. La flexion n'est limitée que par la confor-

mation des surfaces articulaires qui n'ont plus la perfection de l'état normal. Mais tel qu'il est, le membre est d'un bon usage, et l'opéré peut aujourd'hui marcher longtemps sans fatigue.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

S. Pozzi.

Séance du 22 mai 1889.

Présidence de M. LE DENTU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Nouveaux cas d'abcès du foie*, par MM. BARTHÉLEMY, médecin chef, et BERNARDY, médecin aide-major à l'hôpital de Tunis (Commissaire : M. Chauvel);

3° *Hernie de l'appendice vermiculaire du cœcum à travers une plaie du flanc droit*, par M. le D^r BÉC (de Mezel) (Commissaire : M. Routier).

Discussion sur l'extirpation des corps fibreux par morcellement par la voie vaginale.

M. GUÉNIOT. J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt les communications faites sur les fibroïdes interstitiels ou sessiles : il y a eu peut-être un peu de confusion avec les polypes ; la distinction de ces deux formes de néoplasmes est pourtant indispensable en clinique et en thérapeutique.

Au point de vue des fibroïdes sessiles, je n'ai que peu de chose à ajouter : l'antisepsie et la forcipressure permettent beaucoup de hardiesse actuellement. Quant aux polypes, je proteste contre l'opinion qu'on a soutenue que les corps fibreux n'étaient pas vasculaires,

et pouvaient être attaqués sans danger avec l'instrument tranchant. J'ai eu affaire, il y a de nombreuses années, dans le service de M. Verneuil, à un énorme polype qui était très vasculaire. Dans un des cas cités par M. Bouilly, il y eut une perte abondante qui força à remettre l'opération à plus tard, et la malade succomba à la seconde intervention. Je maintiens donc que parfois les vaisseaux sont très dilatés, et, dans ces cas-là, je préconise un instrument qui n'a pas été généralement adopté : le *constricteur*, composé de fils métalliques réunis en cordelette. Il est supérieur à l'*écraseur*, qui s'applique plus difficilement et peut casser. Il y a quelque temps, j'ai été appelé chez une femme atteinte d'un énorme polype remplissant l'utérus; il y avait en outre des corps fibreux interstitiels. J'employai le procédé suivant pour faire passer la chaîne du *constricteur* (la vulve avait 6 ou 7 centimètres; il fallait faire passer une anse de 10 centimètres). Je saisis avec des pinces le sommet du polype; je l'engageai dans l'anse, et fis glisser le constricteur sur un écarteur du vagin, jusqu'au fond du canal; en resserrant l'anse, elle se redresse et va embrasser la base du polype. Je pus ainsi sectionner celle-ci, et la tranche du corps fibreux enlevé avait 10 centimètres de diamètre.

M. P. SECOND. En prenant la parole à propos de la communication de M. Terrillon, je tiens à dire que j'ai seulement en vue les cas bien définis auxquels notre collègue a lui-même fait allusion. Cette déclaration préalable n'est pas inutile, car plus nous avançons dans cette discussion, plus nous nous éloignons de son point de départ, et cela au grand détriment de la netteté de nos conclusions. Rien n'est, en effet, plus variable que les indications auxquelles nous devons obéir dans le traitement chirurgical des fibromes utérins : différences de siège, de forme, de nombre ou de volume; il y a là toute une série de facteurs qui varient, pour ainsi dire, avec chaque cas particulier; ce sont ceux qui doivent nous dicter le mode de notre intervention si nous la voulons rationnelle. et la première condition à remplir pour étudier avec fruit un sujet aussi complexe, c'est d'envisager ensemble les faits qui sont vraiment comparables. Or, on ne saurait trop répéter que l'ablation des polypes fibreux n'a rien à voir avec le sujet abordé par M. Terrillon.

Sans doute l'histoire des fibromes pédiculés offre le plus vif intérêt. Les difficultés de leur ablation dans certains cas déterminés, la série des artifices opératoires auxquels il convient de recourir pour mener à bien les interventions de cette nature, sont autant de questions dignes de la plus grande attention, et les observations comme celles dont M. Guéniot vient de nous donner la relation ont toujours une grande valeur. M. Guéniot a bien voulu rap-

peler un instrument que j'ai fait construire à M. Collin pour amoindrir rapidement les fibromes pédiculés qui s'engagent dans le vagin, le remplissent et le distendent au point de gêner sérieusement les manœuvres instrumentales. Mais, encore une fois, là n'est pas la question. M. Terrillon nous a seulement parlé de l'ablation par voie vaginale des fibromes interstitiels. Il s'agit là d'un chapitre à part dans l'histoire du traitement chirurgical des fibromes utérins, et l'on peut même dire que tout son intérêt lui vient de sa délimitation précise. Il y a donc avantage à ne point élargir les limites du débat, et surtout à ne point comparer deux choses aussi parfaitement dissemblables que l'ablation d'un fibrome pédiculé, si laborieuse qu'elle puisse être, et l'extirpation par morcellement d'un fibrome interstitiel.

Telle qu'elle a été posée par M. Terrillon, la question de l'ablation par voie vaginale des fibromes interstitiels mérite d'être étudiée avec le plus grand soin ; et si j'ai pris part à cette discussion, c'est avant tout pour appuyer les conclusions de notre collègue. L'opération, qui lui a donné de si beaux résultats, est, à mon avis, une excellente opération, et, pour mon compte, je l'ai quatre fois pratiquée avec succès. Je compte publier ultérieurement ces observations et je me contente de vous les résumer. Mes quatre opérées se présentaient dans des conditions semblables : fibrome unique du volume des deux poings environ et n'atteignant pas le niveau de l'ombilic, col dilaté permettant de voir et de toucher le néoplasme. Sur ces quatre malades, j'ai pratiqué la section bilatérale du col, et, combinant tout à la fois les manœuvres de traction lente et de morcellement, je suis arrivé à extraire la totalité du fibrome. Ces quatre opérations datent, l'une de quatre ans, les trois autres de douze à quinze mois, et j'ai tout lieu de penser que les guérisons obtenues ne se sont pas encore démenties. Je m'empresse d'ajouter que ces quelques observations personnelles ne correspondent point à des cas aussi complexes que ceux dont M. Terrillon vous a parlé. Mais ce n'est là qu'une question de durée opératoire, le mode de l'intervention n'en reste pas moins identique. Je puis donc m'autoriser des faits que je vous ai cités pour conclure dans le même sens que M. Terrillon, et insister avec lui sur les précieuses ressources que nous offre la voie vaginale dans l'ablation des fibromes interstitiels.

Il est cependant un côté de la question sur lequel j'aurais aimé voir notre collègue, M. Terrillon, se prononcer d'une manière plus précise. Je veux parler des indications de l'intervention par voie vaginale et surtout de ses contre-indications. Il y a là un point de pratique très délicat, très difficile à déterminer, et cependant fort important.

Depuis l'époque déjà lointaine où Amussat et Velpeau ont préconisé l'énucléation par voie vaginale, le manuel opératoire a fait sans doute de sérieux progrès, et l'antisepsie est venue à son tour réduire au minimum la gravité de cette intervention. Mais en résulte-t-il qu'il faille pour cela négliger tous les écueils et tous les périls sur lesquels Jurjuvay et Guyon ont autrefois si judicieusement insisté? Je ne le pense pas. Je crois, au contraire, qu'il faut se garer de l'optimisme exagéré auquel plusieurs des publications récentes semblent nous inviter. Tel est, par exemple, le travail si complet de mon ami Secheyron. Séduit par les nombreux et remarquables succès que l'ablation par morcellement a donnés à M. Péan, M. Secheyron, vous le savez tous, a fait à cette variété d'intervention la part très belle; trop belle m'a-t-il semblé, car pour être rationnelle et non périlleuse, cette opération nécessite, à mon sens, une extrême prudence dans le choix des cas auxquels on l'applique. J'estime, en effet, qu'en dépit des progrès de la médecine opératoire, les dangers de l'énucléation n'ont pas tous disparu.

Quel que soit le procédé employé, qu'il s'agisse de l'énucléation proprement dite pratiquée avec ou sans le secours des instruments analogues à ceux de Guillard, Thomas, de Sims ou de Simpson, qu'il s'agisse de l'énucléation par traction lente telle que la préconise Emmet, ou du procédé par morcellement de Péan qui est à coup sûr le procédé de choix, il ne faut pas oublier que l'intervention peut être grave. Je n'ai pas à rappeler ici les causes de cette gravité opératoire. Durée exceptionnelle de certaines opérations qui ont réclamé deux à trois heures de manœuvres intra-utérines; impossibilité de parfaire l'ablation en une seule séance; hémorragies redoutables; déchirures utérines; accidents septiques variés, voire même perforation consécutive de la matrice par détachement tardif d'un fibrome sous-péritonéal, telles sont les causes de la léthalité souvent très élevée de plusieurs statistiques d'énucléation, et je le répète, ces causes de mort ne sont pas négligeables. Aussi bien suis-je convaincu qu'il importe de ne pas trop généraliser l'ablation par voie vaginale des fibromes utérins, et de s'efforcer au contraire d'en limiter l'application aux seuls cas qui en semblent justiciables.

Quels sont donc les cas qui rentrent dans cette catégorie? Une réponse précise est ici difficile. Je crois cependant qu'on peut dire, d'une manière très générale, qu'il est prudent de réserver l'ablation par voie vaginale pour les fibromes solitaires qui ont suffisamment dilaté ce col pour être accessibles par le toucher intra-utérin, et dont le volume ne dépasse pas celui d'une tête de fœtus à terme.

Ces conditions sont à la vérité trop schématiques et souvent dif-

faciles à reconnaître en clinique, mais elles me semblent bien résumer les dispositions topographiques, si je puis ainsi dire, qui permettent de recourir sans danger au morcellement par voie vaginale. Hors de ces conditions et à moins que le dégagement intravaginal du fibrome ne vous force la main, il faut, je crois, renoncer à l'ablation par voie vaginale et s'adresser aux méthodes intra-péritonéales.

M. Pozzi. Il y aurait beaucoup à dire sur le choix de la voie vaginale de préférence à la voie abdominale pour l'ablation des gros corps fibreux sous-muqueux. Il est certain qu'il y a là une précieuse ressource, mais il ne faudrait pas trop généraliser et méconnaître ses dangers réels. On peut dire qu'une opération excessivement laborieuse par le vagin est plus redoutable qu'une opération simple par l'abdomen. Le tact du chirurgien consiste à poser les indications d'après le volume, le siège et les connexions de la tumeur.

Quant aux polypes, je rappellerai que j'ai publié, il y a quelques années dans la *Revue de Chirurgie*, un mémoire sur les énormes polypes, ceux dont on ne peut atteindre le pédicule parce qu'ils remplissent le vagin. J'ai indiqué un procédé facile de passer l'écraseur, qui est de lier sa chaîne à un petit anneau élastique (semblable à ceux qui servent à réunir des liasses de papiers). L'anneau distendu adhère à la tumeur, peut être poussé peu à peu jusqu'au niveau du pédicule, en entraînant la chaîne. Du reste, j'attache peu d'importance à ce procédé, dans ce cas particulier; je crois, en effet, qu'on a fort exagéré la crainte des hémorrhagies dans les opérations des polypes. Je rappellerai que Dupuytren avait depuis longtemps fait justice de ce fantôme, et préconisé l'ablation rapide à l'instrument tranchant. Opérer vite est la condition capitale pour éviter la perte de sang, car ce n'est pas le polype qui saigne, mais l'utérus tirailé qui saigne sur le polype. Dans les gros polypes, on doit commencer hardiment par les évider et les morceler; puis arrivé sur le pédicule, on l'attaque à coups successifs de ciseaux en faisant simultanément la torsion, et entamant progressivement tout le pourtour du pédicule. Comme règle, on n'a pas ainsi d'hémorrhagie. S'il en survenait, on s'en rendrait maître facilement par le tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée.

M. DESPRÉS. L'opération que M. Terrillon a préconisée n'est pas nouvelle. C'est elle que Huguier et Amussat ont faite. Cette opération peut être très grave quand il s'agit d'un corps fibreux non limité, et il ne faut pas l'entreprendre à la légère.

Il ne faut pas confondre les corps fibreux sessiles auxquels il

vaut mieux ne pas toucher, et les polypes qu'il faut enlever. Lorsque le polype est très gros, on pourra faire le morcellement avec avantage.

M. GUÉNIOT. Je soutiens que la vascularisation est bien plus fréquente qu'on ne le suppose. On ne sait pas à l'avance si la tumeur vous donnera beaucoup de sang, et dans le doute, les procédés hémostatiques sont préférables. Avec le constricteur, on va plus vite qu'avec l'écraseur auquel on a pu reprocher d'agir trop lentement.

M. DESPRÉS. Je répète avec Dupuytren que les corps fibreux ne saignent pas. Ce qui saigne, ce sont des *polypes vésiculaires* qui ne sont pas des corps fibreux.

Rapport

Sur une observation d'aïnhum,

Par le Dr Paul RECLUS.

Le Dr José Pereira Guimaraès, professeur à l'École de médecine de Rio-de-Janeiro, nous communique une note sur une observation d'aïnhum. Le cas est d'autant plus instructif qu'il est accompagné d'un plâtre excellent qui nous met la lésion sous les yeux; nous la voyons, privilège qu'avaient eu seuls nos confrères de la marine. Aussi en profiterons-nous pour revenir sur la discussion toujours pendante du rapport de l'aïnhum avec les amputations congénitales. L'Académie de médecine vient d'aborder cette discussion et nous ne pouvons souscrire à la conclusion qui a semblé prévaloir : l'identité des amputations congénitales et de l'aïnhum. — C'est à défendre la thèse contraire que nous consacrons ce rapport.

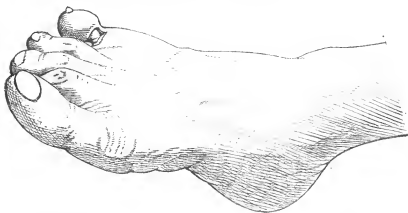
I. — On connaît l'origine de cette discussion : En 1867, paraissait un mémoire du Dr Da Silva Lima, de Bahia, sur l'aïnhum, maladie non encore décrite et dont les caractères sont cependant des plus nets : elle consiste dans l'apparition d'un sillon à la partie interne et inférieure du pli digito-plantaire du cinquième orteil; ce sillon gagne et s'étend jusqu'à creuser une dépression circulaire, un anneau qui enserre et étreint le doigt absolument modifié dans sa forme; il est globuleux et ressemble à une olive, à une grosse cerise ou à une petite patate pour prendre les comparaisons les plus

habituelles. La rainure devient de plus en plus profonde, et le pédicule s'amincit à un tel point qu'il finit par se rompre spontanément si le chirurgien ne le tranche d'un coup de ciseaux. Cette section est d'autant plus facile que l'os de la phalange s'est résorbé graduellement; sa substance propre, son cartilage, son périoste, ses tendons, les tissus fibreux qui l'entourent, ont fait place à une masse graisseuse, sorte de lipome où l'on ne trouve plus que des vestiges de la phalangine, la phalangette et un ongle presque atrophié.

Le cinquième orteil est seul atteint, mais la lésion est parfois bilatérale, et le congénère est frappé simultanément ou plus ou moins longtemps après. Cependant il est des cas assez rares — une fois sur dix tout au plus — où le quatrième orteil se prend, et on cite quelques observations où le même individu a perdu ainsi quatre doigts de pied, deux à droite et deux à gauche. Cette affection est héréditaire et sévit beaucoup plus sur les femmes que sur les hommes; elle n'apparaît qu'après la puberté et ne se développe que chez les nègres. Ajoutons que le mal évolue sans provoquer de souffrance; il ne devient douloureux que lorsque la tumeur, grâce à son pédicule flexible, s'engage sous le pied et se contusionne pendant la marche. En résumé donc, l'histoire de l'aïnhum peut, d'après Da Silva Lima, tenir en une courte phrase: c'est une affection des nègres mâles et adultes que caractérise l'apparition sur le cinquième et parfois le quatrième orteil d'un sillon dont la constriction progressive a pour conséquence la dégénérescence graisseuse et l'amputation spontanée de l'organe.

Nous venons, en vérité, de résumer, dans ces quelques lignes, toutes les observations d'aïnhum. Elles paraissent calquées les unes sur les autres; elles se ressemblent à tel point qu'il nous suffira de donner comme type, pour ne plus y revenir, le cas que nous communique José Pereira Guimaraës. Le nègre brésilien — dont le moule offert à la Société de chirurgie a été donné par elle au musée de Saint-Louis — était âgé de vingt-cinq ans; sa maladie avait débuté cinq ans auparavant, frappant du même coup le cinquième orteil des deux pieds; mais la marche du sillon constricteur ne fut pas la même, et très lente à gauche, elle est au contraire rapide à droite où le petit doigt, augmenté de volume, globuleux, écarté du quatrième orteil, est un peu tordu sur lui-même de dedans en dehors. La rainure ulcéreuse, qui entame les tissus du bord interne vers le bord externe, est très profonde et donne lieu à une sécrétion purulente. L'orteil est très mobile, et sa contusion provoque des douleurs vives irradiées vers le nerf saphène externe. Et ce sont là toutes les lésions; on ne trouve, en aucun autre point du corps, aucune altération physique ou fonctionnelle.

Notre nègre raconte que son père a perdu le cinquième orteil des deux pieds, et le mal aurait eu, dans ce cas encore, une évolution analogue à celle à laquelle on assiste maintenant chez le fils : sillon d'abord peu profond à la partie interne et inférieure du pli digitoplaire ; des ulcérations recouvertes de croûtes y apparaissent et se cicatrisent, mais la rainure se creuse de plus en plus jusqu'à ce que le pédicule aminci permette à l'orteil de s'engager sous le pied pendant la progression ; les douleurs sont alors très vives ; le patient ne peut plus marcher et réclame une amputation que pratique le Dr Guimaraès ; la section ne donne pas de sang, les collatérales étant atrophiées. Les suites de l'opération furent des plus simples ; la cicatrisation, complète en quelques jours, permettait au malade de quitter l'hôpital.



Avec Da Silva Lima et Guimaraès, l'aïnhum restait donc encore « cantonné dans le petit orteil d'une race » — pour me servir d'une expression de Fontan — lorsque le Dr Collas put observer à Pondichéry la même affection sur des sujets de race hindoue. La localisation au petit orteil était la même, le sillon constricteur présentait le même aspect, le doigt, la même forme globuleuse ; la seule différence entre les faits de Collas et ceux de Da Silva Lima, c'est que le premier n'a jamais constaté la résorption spontanée de l'os dans le pédicule, au-dessous de la dépression annulaire ; la tige osseuse était très amincie et tout au plus du diamètre d'un stylet explorateur, mais d'une dureté si grande que sous les ciseaux de trousse « elle éclatait au lieu d'être coupée ». Cette particularité suffit d'autant moins pour écarter les observations de Collas que, plus tard, Eugène Rochard et Quétan ont publié trois cas d'aïnhum chez des Hindous, absolument identiques à ceux de Da Silva Lima : la phalange était aussi résorbée.

L'assertion primitive de Da Silva Lima était donc trop absolue, et dans un second mémoire publié en 1881, cet auteur tient pour légitimes les observations recueillies par Collas à Pondichéry. Mais il fait remarquer que, dans ce cas, comme dans celui de Corre, recueilli à Nossi-Bé, le mal s'est développé sur des individus de couleur. Et cette remarque est importante, car tout à coup la question de l'aïnhum a changé de face et après une note de Lanne-longue à l'Académie de médecine, deux petits mémoires de Guyot, un travail d'ensemble de Fontan publié dans les *Archives de médecine navale*, et j'ajouterai même, après une série d'articles écrits par nous dans la *Gazette hebdomadaire*, on se demande si l'aïnhum ne frappe que les noirs et si l'affection, fréquente au Brésil et sur la côte occidentale de l'Afrique, n'existe pas en Europe avec les mêmes caractères, mais décrite sous un autre nom. Guyot, Fontan, nous-même, avons répondu par l'affirmative. M. Proust, cette année même, s'est rallié à cette opinion, ainsi que Vidal et Leloir dans un livre encore inédit.

L'aïnhum européen ne serait autre que les malformations connues sous le nom d'amputations congénitales ou spontanées. On constate parfois chez les nouveau-nés l'existence d'un moignon résultant de la section d'un orteil, d'un doigt, d'une jambe, d'une cuisse même, et parfois on a trouvé dans le délivre la partie d'organe séparée pendant la vie intra-utérine. Mais l'amputation n'est pas toujours consommée et, dans certains cas, à côté du membre incomplet, il existe un sillon de profondeur variable qui étrangle un doigt, un orteil, une partie quelconque d'un bras ou d'une jambe. Ajoutons que ces rainures circulaires sont rarement les seules malformations qui affligent le petit sujet et, le plus souvent, elles coïncident avec un spinabifida, un pied bot et surtout une syndactylie. Les nombreuses observations que nous avons colligées sont bien remarquables à cet égard, et nous n'en avons pas rencontré une seule où la stricture fût l'unique lésion.

II. — Pour assimiler deux lésions, au premier abord si dissimilables, on a d'abord invoqué l'anatomie pathologique et la pathogénie. L'anatomie pathologique, cependant, ne plaide guère en faveur de l'identité; les examens de Wucherer et Da Silva Lima, ceux de Cornil, de Corre, d'Eugène Rochard et Bonnafy, qui se rapportent à des cas indiscutables d'aïnhum, nous montrent, dans le petit orteil, une disparition de la phalange, une résorption presque complète de la phalange et une diminution de volume de la phalange. Le tissu osseux, les tendons, les ligaments, sont remplacés par d'abondantes masses graisseuses, ce qui a fait comparer à des lipomes les orteils atteints d'aïnhum. Nous n'in-

sistons pas, car dans tous les examens les lésions sont identiques. Dans le cas de Despetis étudié par Estor, la stricture est très succinctement et trop obscurément décrite, mais on démêle dans ce texte peu clair que la couche cornée de l'épiderme est fort épaisse; le corps de Malpighi est atrophié et le derme, sans papilles, recouvre les trousseaux fibreux qui constituent le pédicule; ces trousseaux ont une direction antéro-postérieure.

L'examen de Rochard et Bonnafy, qui date de 1883, est plus précis; il concorde d'ailleurs avec celui de Despetis; on note la même résorption de la phalange et de la phalangine, la même néoformation de tissu graisseux; le pédicule présente la même constitution, et, si nous en croyons la figure annexée au texte, nous voyons un épiderme très épaissi, un derme à peu près normal, mais avec des papilles effacées; à la place de l'os, on trouve un faisceau fibreux résistant, à direction antéro-postérieure. Nous allons voir que les altérations des amputations congénitales sont fort différentes. Les recherches, d'ailleurs, n'ont encore porté que sur le sillon constricteur; les parties sous-jacentes, celles qui dans l'ainhum se caractérisent par des atrophies osseuses et des substitutions graisseuses, n'ont pas été étudiées dans les amputations congénitales. Force nous est donc de ne parler que de la dépression annulaire.

En 1883, Suchard a examiné une bride congénitale que nous lui avons remise. Elle étreignait la jambe d'une fillette de sept mois; nous l'avions enlevée par une opération, la première de ce genre, croyons-nous. Au-dessus et au-dessous du sillon constricteur, Suchard n'a constaté aucune lésion de la peau souple et bien nourrie; les glandes y sont intactes et les papilles normales. Au niveau du sillon, l'épiderme est sain, mais le derme a subi d'importantes modifications; il n'y a plus, dans son épaisseur, d'alvéoles pleins de graisse; à leur place, on trouve la trame serrée d'un tissu fibreux néoformé, dont les faisceaux, perpendiculaires à l'axe du membre, constituent en ce point un tractus d'une épaisseur considérable. Ces lésions sont identiques à celles que Suchard avait déjà constatées d'après les pièces fournies par Guyot. Je sais bien que ces pièces sont étiquetées « ainhum », mais à tort, selon nous, et nous démontrerons sans peine qu'il s'agit là d'amputations congénitales observées chez des individus de race colorée.

Les différences sautent aux yeux; dans l'ainhum, nous trouvons, sans parler de la dégénérescence graisseuse de l'orteil et de la résorption des os sous-jacents à la stricture, un épaississement remarquable de la couche cornée de l'épiderme qui, en certain point, forme un véritable durillon, puis une atrophie de la couche muqueuse de Malpighi, un affaissement des papilles, un amincis-

sement du derme ; enfin, au-dessous de la peau, un trousseau fibreux, à direction antéro-postérieure, et qui s'est substitué à l'os résorbé. Dans les amputations congénitales, l'épiderme est normal, il n'a subi aucun épaissement de la lame cornée, aucune atrophie de la couche muqueuse ; le derme, au lieu d'être aminci, est au contraire considérablement hypertrophié, envahi qu'il est par des faisceaux fibreux, disposés en demi-cercle et tendus transversalement, par conséquent perpendiculaires à l'axe du doigt ; ce tissu fibreux diffère donc de celui de l'aïnhum par son siège dans le derme et non plus dans les couches sous-cutanées, par sa direction transversale et non plus antéro-postérieure, par ses effets, puisque l'un laisse l'os intact et l'autre se substitue au squelette de l'orteil.

Les arguments tirés de la pathogénie nous paraissent moins sérieux encore ; on ne sait rien sur les causes qui président au développement de l'aïnhum. Pereira Guimaraès veut y voir une gangrène particulière due au spasme, non démontré d'ailleurs, des vaisseaux qui se rendent à l'orteil ; Collas croit à une manifestation de la lèpre amputante, mais la masse des observations lui donne tort. Dupouy invoque une altération trophique et il appuie cette hypothèse « sur des douleurs assez vives ressenties dans la région lombaire par deux malades atteints d'aïnhum ». On voit le vague de ces hypothèses ; aussi l'imagination peut se donner libre carrière, et certains auteurs n'y ont pas manqué ; ils ont déclaré tout d'abord que l'aïnhum était une affection d'origine nerveuse, puis ils ont décrété qu'il en était de même des amputations congénitales, dont on a fait une sclérodémie annulaire. Nous n'oserions y contredire, mais cette théorie nerveuse des amputations congénitales est tout entière à prouver, tandis que la théorie mécanique compte déjà en sa faveur nombre d'observations péremptoires, et depuis le célèbre travail de Montgomery, on a multiplié les exemples où l'on a pu démontrer, pièces en mains, l'existence des adhérences vicieuses, d'une bride fibreuse partant de l'œuf et causant indiscutablement des sillons creusés sur les doigts, les orteils ou les membres. Lannelongue, en 1883, en a fait publier quelques cas nouveaux et remarquables. Aussi dirons-nous qu'assimiler l'aïnhum aux amputations spontanées en s'appuyant sur l'anatomie pathologique et sur la pathogénie, c'est bâtir une hypothèse sur une erreur et sur une autre hypothèse.

III. — Si l'anatomie pathologique et la pathogénie font défaut aux unicistes, sont-ils plus heureux avec la clinique ? Guyot et Fontan ont publié de nombreuses observations qui nous avaient séduit tout d'abord. Nous avons cru y voir, avec leur auteur, des étapes suc-

cessives qui semblaient conduire de l'aïnhum aux amputations congénitales. Mais ces observations, nous les avons toutes relues, et nous partageons maintenant l'avis d'Eugène Rochard, qui, lors de leur publication, protesta contre l'étiquette qu'on lui donnait et les conclusions que l'on en tirait. Pour lui alors, comme pour nous à cette heure, les cas de Guyot et de Fontan sont des observations banales d'amputation spontanée, et il n'en est pas une, si on l'examine avec soin, qui s'écarte du type ordinaire des exérèses congénitales.

Prenons en effet les caractères cardinaux de l'aïnhum et des amputations congénitales. En premier lieu l'aïnhum n'atteint que les adultes, et les amputations spontanées sont congénitales par définition même. Dans les soixante ou quatre-vingts observations que nous avons colligées dans les mémoires de Da Silva Lima, de Pereira Guimaraès, dans la thèse de Despetis, de Brédian, dans les *Archives de médecine navale*, nous ne trouvons pas un seul cas où le malade atteint d'aïnhum ait moins de douze ans. Depuis 1869 les faits s'accumulent et cette loi ne compte pas encore une seule exception. Au contraire le syndrome décrit sous le nom d'amputation spontanée est toujours congénital. Il ne se trouve ni dans Guyot, ni dans Fontan, un seul fait qui contredise notre assertion ; il y a bien la fameuse observation de l'Arabe Saïeb, où des lésions multiples, des amputations et des strictures auraient apparu après la naissance, mais les commémoratifs y sont vraiment trop obscurs et trop contradictoires. Le malade n'attribue-t-il pas les mutilations du pied et de la main à des blessures de guerre reçues lorsqu'il avait quinze ans ? Aussi pouvons-nous conclure qu'on n'a jamais vu l'amputation isolée du cinquième et du quatrième orteil seuls survenir avant la puberté ; jamais on n'a vu les malformations multiples des amputations spontanées apparaître après la naissance.

L'aïnhum est exceptionnel chez la femme. Ce deuxième caractère ressort de tous les faits publiés par les médecins brésiliens et par les chirurgiens de marine, tandis que rien de semblable n'a été noté pour les amputations spontanées qui atteignent indistinctement les deux sexes, et les trois cas que nous avons vus frappaient des fillettes. Le troisième caractère, l'aïnhum, ne se montre que dans les races colorées, caractère qui constitue le fond même du débat, a triomphé de tous les assauts. Qui, en France ou en Europe, a publié depuis 1867 un seul cas où l'amputation congénitale, notre aïnhum occidental, s'il fallait en croire Fontan, ait apparu après la puberté et se soit borné à frapper le cinquième ou le quatrième orteil, comme chez le nègre ? Personne, à notre connaissance ; les brides annulaires étreignent les doigts de la main, la

jambe, la cuisse et même les pieds, mais jamais isolément les deux orteils de l'aïnhum. Ces mêmes observations sont valables pour démontrer l'exactitude du quatrième caractère différentiel : le siège exclusif de l'aïnhum aux deux derniers orteils et les lésions disséminées des amputations congénitales.

Enfin, il n'est pas jusqu'à la marche de l'exérèse spontanée qui n'ait dans les deux cas une allure différente : dès qu'un orteil est frappé d'aïnhum, le mal marche d'un pas inégal peut-être et très souvent fort lent vers une amputation fatale, et, si l'ulcération met parfois dix ans à détacher l'orteil, le résultat du moins en est toujours assuré. Dans les malformations congénitales au contraire le sillon constricteur a la plus grande tendance à rester stationnaire, et je ne sache pas qu'il existe un cas publié où le chirurgien ait assisté lui-même à l'amputation spontanée. Dans l'une des observations de Lannelongue, les parents disent que les trois premiers orteils, étranglés à la naissance, tombent successivement dans la première quinzaine de la vie extérieure; dans un fait de M. Trélat, le malade affirme que, vers sept ou huit ans, il perdit deux orteils du pied droit. Dans un cas de Menzel, l'amputation du médius eut lieu à quarante-quatre ans, mais à la suite d'une fracture de l'os, et ce fut le chirurgien qui pratiqua l'exérèse. Enfin, dans un fait de Guyot, une femme de Panaupa, atteinte des multiples lésions des malformations congénitales, prétendit que son médius était tombé spontanément, il y avait environ quatre années de cela.

Et voilà tous les cas que nous avons recueillis d'amputations survenues après la naissance chez des individus atteints de sillons constricteurs d'origine congénitale. On voit leur extrême rareté opposée à la grande fréquence des exérèses spontanées dans l'aïnhum. Il n'y a donc pas une seule des affirmations de Guyot et Fontan qui résiste à l'analyse; leurs prétendues observations d'aïnhum sont des faits ordinaires d'amputation congénitale; aussi leur plaidoyer, habile et subtil, rappelle-t-il un peu le procédé employé il y a quelque cinquante ans pour assimiler à une poire la tête de Louis-Philippe. Les deux extrêmes, la poire et la tête du roi, étaient parfaitement ressemblants, mais la longue série des intermédiaires imaginé par le caricaturiste pour arriver d'un type à l'autre n'existent pas plus dans la nature que les prétendus faits d'aïnhum européens.

N'oublions pas d'ailleurs que nos savants confrères du Brésil ont lu nos travaux et connaissent toutes nos hypothèses : depuis 1867 ils ont continué leurs recherches; ils ont pu contrôler nos assertions; or les nombreuses publications de Pereira Guimaraës, l'observation qu'il vient de nous envoyer, les divers mémoires de Da Silva Lima

affirment tous l'entité morbide de l'aïnhum, affection du cinquième et quatrième orteils des nègres adultes. Aussi la conclusion s'impose, et à cette heure nous croyons, avec nos confrères du Brésil, avec le professeur Trélat, qui combattit l'identité dès le premier moment; avec Eugène Rochard, qui, il y a six ans, mena résolument la bataille, qu'on ne saurait ranger dans un même cadre deux affections aussi dissemblables. Aussi dirons-nous comme conclusion définitive : l'aïnhum et les amputations congénitales sont deux lésions absolument dissemblables.

Discussion.

M. TRÉLAT. Quand, il y a huit ans, on parla pour la première fois de l'analogie entre les lésions de l'aïnhum et les amputations congénitales, je fis valoir cet argument contre elle : les unes sont congénitales, les autres non ; les unes multiples, les autres solitaires ; enfin le sillon, la bride, n'entraîne pas l'amputation dans un cas, l'entraîne dans un autre.

Il y a une gradation entre les atrophies complètes et les malformations caractérisées simplement par une bride ou un sillon.

M. LANNELONGUE. En 1881, quand j'ai réveillé la question, j'ai trop insisté à l'Académie sur des analogies qui, je le crois aujourd'hui, sont moins grandes que je ne l'avais pensé alors. Dans une thèse sur l'ectrodactylie que j'ai fait faire depuis, je suis revenu sur ma première opinion. On a dit que la race nègre était seule atteinte ; à ce propos je rappellerai une exception : c'est une observation de Mirault et Verneuil d'une lésion qui paraît ressembler à l'aïnhum, chez un homme blanc.

Présentation de malade.

Fourchette arrêtée dans l'estomac. Gastrotomie. Suture de la plaie stomacale et réduction immédiate,

Par M. TERRIER.

(Observation recueillie par M. DELAGENIÈRE, interne du service.)

OBSERVATION. — Le nommé D... (Eugène), âgé de 19 ans, boucher, entré le 10 avril 1889 à l'hôpital Bichat, salle Jarjavay, n° 14, dans le service de M. Terrier.

Commémoratifs. — Le malade raconte que la veille au soir, en voulant pousser une peau d'orange arrêtée dans son gosier avec sa fourchette, cette dernière a été entraînée dans l'œsophage et qu'il l'a avalée.

A ce moment même il n'a ressenti aucune douleur ; mais, au bout

d'une heure environ, il éprouva des douleurs au niveau du creux épigastrique, douleurs analogues à celles que l'on ressent quand on a très faim. Ces douleurs s'exaspéraient par instants, ce que le malade attribuait au déplacement du corps étranger dans l'estomac.

État à l'entrée. — Le creux épigastrique est déprimé, ce qui tient à l'état de maigreur du sujet. En l'examinant à contre-jour, on aperçoit une petite saillie située à droite de la ligne médiane, à 15 millimètres de cette ligne. Cette saillie suit manifestement les mouvements de la respiration; dans les fortes inspirations, elle descend jusqu'à 2 centimètres de l'ombilic, et remonte dans les fortes expirations à 4 centimètres environ au-dessous du rebord des fausses côtes.

A la palpation, cette saillie est dure, communique à la main les battements aortiques; en outre, on la sent glisser sous le doigt pendant les mouvements respiratoires.

Nulle part on ne trouve d'autre saillie; de plus, en glissant le doigt sous la tumeur, elle semble se continuer avec une paroi résistante, sur laquelle on sent encore des battements aortiques, et qui se dirige en haut vers l'appendice xyphoïde.

De cet examen, il résulterait que l'extrémité saillante n'est autre que le bec du manche de la fourchette, que cette dernière n'est pas couchée transversalement dans l'estomac, mais dirigée obliquement, comme si l'extrémité des dents était encore engagée ou fixée dans la région du cardia.

Le lendemain, 11 avril, les choses ont peu changé, le malade a souffert la nuit, mais a pu dormir; quant à la saillie formée par l'extrémité droite de la fourchette, elle est moins visible et reportée plus à droite de la ligne médiane.

Opération avec l'aide du Dr Quénu. — Incision médiane sur la ligne blanche, longue d'environ 10 centimètres et s'étendant d'un point situé à 8 centimètres au-dessous de l'appendice xyphoïdien jusqu'à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic.

Les couches sous-cutanées sont ensuite divisées, puis l'aponévrose, qui est épaisse et résistante. La graisse sous-péritonéale est abondante, elle est incisée avec précaution.

Avant d'ouvrir le péritoine, M. Terrier reconnaît la situation de la fourchette qui glisse sous son doigt en suivant les mouvements du diaphragme.

La séreuse est alors ouverte à la partie inférieure de l'incision. L'estomac apparaît alors rouge, congestionné. Il présente une petite saillie qui correspond à l'ouverture abdominale et qui est formée par l'extrémité mousse de la fourchette.

M. Terrier saisit l'extrémité de la fourchette à travers les parois stomacales, qu'il attire par la plaie, et qu'il incise après avoir placé tout autour des compresses et des éponges protectrices. L'ouverture est faite au bistouri et avec la précaution d'éviter les vaisseaux. Dès que l'organe est ouvert, des pinces sont placées d'une part sur la muqueuse et d'autre part sur la musculaire et la séreuse réunies.

Enfin l'ouverture est agrandie jusqu'à ce que le manche de la fourchette vienne faire hernie à travers. La fourchette est alors facilement dégagée et extraite.

Il résulte de cette incision une petite plaie de l'estomac longue de 15 millimètres à 2 centimètres environ, qui est traitée de la façon suivante :

La muqueuse, dans une très petite étendue, est séparée de la couche musculieuse, puis suturée au moyen de cinq points de suture faits au catgut.

La séreuse, avec la musculieuse, sont réunies par cinq autres sutures de Lambert faites également au catgut. Il en résulte, lorsque les fils sont noués, une cicatrice linéaire au niveau de laquelle la séreuse est partout et parfaitement en contact avec elle-même.

L'estomac est alors abandonné à lui-même dans l'abdomen.

La plaie abdominale est alors fermée par deux plans de sutures, un premier plan de catguts ferme la séreuse, puis cinq fils d'argent sont passés à travers la peau et l'aponévrose. Enfin l'affrontement de la peau est obtenu par sept crins de Florence.

Pansement iodoformé.

Durée de l'opération, 35 minutes.

On a utilisé 30 grammes de chloroforme.

Remarque. — La fourchette est en étain et mesure 22 centimètres de longueur.

Marche. — Les suites opératoires furent très simples, la température resta absolument normale dès le jour de l'opération.

15 avril, premier pansement. Trois fils d'argent sont retirés, plaie réunie.

17 avril, deuxième pansement. Les deux derniers fils d'argent sont retirés.

21 avril, troisième pansement. Les crins retirés, on place du lin boracique sur la plaie, qui peut être considérée comme absolument guérie.

Comme régime, le malade prend, dès le lendemain de l'opération, 1 gramme de naphthol par jour, et on le laisse à la diète absolue pendant quarante-huit heures. Au bout de ce temps, on permet du lait : un demi-litre le 14 avril, un litre le 15; le 16, on lui laisse manger un œuf.

Après ce jour, il entre en convalescence et recommence peu à peu l'usage des aliments solides.

D'ailleurs, dès le cinquième jour après l'opération, il a mangé du pain qu'il se procurait en cachette dans la salle.

Il quitte l'hôpital le 1^{er} mai 1889 absolument guéri, et mange comme tout le monde.

Revu le 17 mai 1889, D... dit que tout effort violent, surtout avec renversement du tronc en arrière, détermine un tiraillement douloureux du côté de la cicatrice. De plus, il prétend que la digestion de la viande lui est assez pénible.

Toutefois, l'état général est excellent et le malade a fort bon appétit.

La cicatrice est rougeâtre, chéloïdienne, fort résistante, elle ne présente pas de tendance à l'éventration. Elle est longue de 9 centimètres, et située à 8 centimètres de l'appendice xyphoïde, et à 4 centimètres de l'ombilic.

J'ai cru devoir vous communiquer cette observation, peut-être banale, pour insister sur un certain nombre de points. Tout d'abord, sur le manuel opératoire que j'ai cru devoir suivre pour enlever le corps étranger dont le diagnostic était fort facile, vu les résultats fournis par l'examen direct et la palpation.

Comme je vous l'ai dit, j'ai fait mon incision sur la ligne médiane, et bien m'en a pris, car je suis arrivé facilement sur l'estomac, à travers la paroi duquel j'ai de suite reconnu le corps étranger. Cette question de diagnostic assurée, j'ai pu pincer, à l'aide du pouce et de l'index à la fois, la paroi stomacale et l'extrémité mousse de la fourchette, et amener le tout au dehors du ventre. Le reste de mon opération s'est donc fait entièrement hors de la cavité péritonéale, celle-ci étant abritée et fermée par des compresses ou des éponges aseptiques. Aussi ai-je eu tout le loisir de choisir le point sur lequel j'incisai la paroi stomacale, de façon à éviter les gros vaisseaux, qu'il m'était facile de voir ramper sous la séreuse péritonéale. Cette incision a pu être pratiquée aussi petite que possible; et enfin, le corps étranger enlevé, rien n'a été plus simple que de faire d'abord une suture de la muqueuse, à points séparés; puis une suture de la musculuse et de la séreuse, toujours à points séparés, mais de façon que la séreuse soit bien adossée à elle-même, en serrant mes points de suture.

La plaie suturée, bien nettoyée, j'ai laissé le tout rentrer dans l'abdomen et ai pratiqué ma suture de la paroi: d'abord la séreuse au catgut, puis des sutures profondes au fil d'argent, enfin la peau au crin de Florence.

Depuis longtemps, après avoir fait un assez grand nombre de laparotomies, j'avais remarqué que la section médiane, sur la ligne blanche, était celle qui facilitait le plus toute espèce de recherche dans la cavité abdominale. Aussi étais-je systématiquement décidé à utiliser cette section médiane, si jamais j'avais à enlever un corps étranger, soit de l'estomac, soit de l'intestin. Comme on le voit par l'observation qui précède, j'ai été bien inspiré et j'ai pu mener rapidement, en 35 minutes, à bonne fin, une opération qui, dans certains cas, aurait duré bien plus longtemps. Mais, non satisfait de cette expérience sur le vivant, j'ai cru devoir faire quelques recherches sur le cadavre, avec l'aide de MM. Quénu et Hartmann. Or, dans tous les cas, il nous a été facile de trouver

l'estomac et de l'amener à l'extérieur pour l'explorer et pour l'ouvrir s'il en eût été besoin. Notre incision, d'environ huit à dix centimètres, a toujours été faite sur la ligne médiane, le milieu de cette incision répondant autant que possible au milieu de l'espace compris entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic.

Là, peu de vaisseaux, largeur assez grande de la ligne blanche; aussi est-il aussi simple que possible d'arriver dans la cavité péritonéale. Celle-ci ouverte, il se présente le plus souvent une anse intestinale, dirigée transversalement, et chez le cadavre dilatée par des gaz: c'est le colon transverse. Le peu d'épaisseur de ses parois et les bandes musculuses de la couche superficielle permettent facilement de reconnaître à quel organe on a affaire.

Introduisant les doigts et même la main du côté, gauche de l'incision et un peu en haut, on arrive facilement sur la face inférieure du foie, vers le lobe gauche, qu'on reconnaît à son bord tranchant plus ou moins développé d'ailleurs.

Or, au-dessous de ce bord, en arrière de lui et au-dessus du colon transverse, on rencontre l'estomac, plus ou moins dilaté, le plus souvent rétracté chez le cadavre; il est facile à reconnaître à l'examen de ses parois et non moins facile à attirer au dehors par l'incision médiane. C'est en général la grande courbure qu'on attire le plus facilement et tout d'abord; or, ceci fait, rien de plus simple que l'exploration de poche stomacale, à travers laquelle on peut percevoir un corps étranger pour peu qu'il ait un certain volume. Je n'ai pas besoin de dire que s'il s'agit d'une cuillère, d'une fourchette ou d'un couteau, il est facile de sentir le corps étranger à travers la paroi stomacale.

Sur les six cadavres sur lesquels nous avons fait cette recherche de l'estomac, il nous a été toujours facile de reconnaître l'estomac et de l'attirer au dehors; nous n'avons pas eu la moindre difficulté pour faire cette manœuvre chez notre opéré.

En fait, toutes les fois qu'un chirurgien devra intervenir pour enlever un corps étranger plus ou moins volumineux de l'estomac, soit que le diagnostic ait été très facile, soit que ce diagnostic n'ait pas été complètement vérifié, je crois que le *lieu d'élection* pour pratiquer l'ouverture de la cavité abdominale est la région épigastrique, et que l'incision, soit exploratrice, soit à la fois exploratrice et curatrice, doit être faite sur la ligne médiane, son milieu correspondant à moitié de l'espace qui sépare l'ombilic de l'appendice xyphoïde.

Cette incision doit être assez large pour que la main puisse pénétrer dans la cavité abdominale et aller à gauche, sur le foie, à la recherche de l'estomac suivant les règles que j'ai tenté de vous indiquer en quelques mots.

Grâce à cette pratique, on sait parfaitement ce que l'on fait, on peut facilement s'orienter dans le ventre, et de plus on n'est nullement gêné par l'écoulement sanguin.

L'estomac saisi entre les doigts, rien n'est plus facile que de l'attirer au dehors, d'explorer ses parois, enfin d'inciser sa paroi, s'il y a lieu, en choisissant, comme je l'ai fait, le lieu de l'incision pour éviter les vaisseaux pariétaux.

Si donc la gastrostomie doit être faite dans une région déterminée dans l'hypochondre gauche, quand on a affaire à des rétrécissements du pylore ou de l'œsophage, c'est l'incision médiane qui est l'incision de choix, quand il s'agit de faire une *gastrotomie* pour corps étranger.

Discussion.

M. OLLIER. J'avais recherché expérimentalement sur le cadavre, il y a plusieurs années, la voie la plus favorable à l'extirpation des corps étrangers. J'avais remarqué qu'après avoir fait prendre un verre d'eau gazeuse au malade le corps étranger venait se placer dans l'hypochondre gauche, au niveau de la grande courbure. Il s'agissait de la fourchette qui fut plus tard enlevée par M. Labbé. Je crois encore que ce point est le plus commode.

M. POLAILLON. M. Terrier a senti le dos de la fourchette sur la ligne médiane ; il a donc bien fait d'inciser en ce point.

Dans un cas où j'ai opéré pour un corps étranger de cette sorte, la fourchette, située transversalement, ne pouvait pas être sentie. Je reconnus la présence de l'instrument, qui était du fer, avec l'aiguille aimantée. Je fis l'incision à gauche et trouvai très facilement l'estomac.

En résumé, je crois que dans les cas de corps étrangers on a plus de chance de les trouver par l'incision sur le côté gauche quand on ne le sent pas. C'est la meilleure incision de recherche.

M. TERRIER. Je crois, au contraire, qu'il faut toujours faire l'incision sur la ligne médiane, parce qu'on fait toujours, d'abord, une incision exploratrice. Or, dans ce cas, le siège médian de l'incision est le plus favorable.

Présentation de malade.

Synovite de la gaine des fléchisseurs guérie par l'incision,

Par M. DELORME, professeur au Val-de-Grâce.

M. DELORME présente un blessé atteint d'une synovite fongueuse et suppurée de la grande gaine des fléchisseurs de la main droite, et auquel il a pratiqué, par une dissection attentive, l'ablation des masses

fongueuses par une incision commençant à 6 centimètres au-dessus du poignet et prolongée le long du bord externe de l'hypothénar jusqu'à l'extrémité terminale du petit doigt. Celles-ci recouvraient les tendons superficiels, s'insinuaient entre les tendons superficiels et profonds et recouvraient les articulations du carpe et le plan métacarpien.

L'arcade palmaire superficielle fut sectionnée, mais aucun filet nerveux important ne fut sacrifié. Les tendons fléchisseurs du petit doigt étaient détruits au-dessous du ligament annulaire dans l'étendue de plusieurs centimètres. Leurs bouts supérieur et inférieur furent suturés aux tendons de l'annulaire, qui commençaient, eux aussi, à être envahis par les fongosités. La gaine des fléchisseurs du petit doigt dut être enlevée avec le tissu fibreux cellulaire sous-cutané de ce doigt.

La guérison de la plaie fut obtenue par première intention, excepté en un point correspondant au ligament annulaire, où la nécrose de quelques fibres de ce ligament dénudé provoqua la formation de quelques gouttes de liquide louche. Le blessé était guéri en 18 jours.

La cicatrice linéaire est à peine déprimée; la main est vigoureuse, on ne constate aucun trouble de sensibilité ou de nutrition. Le petit doigt est légèrement fléchi dans ses trois articulations, l'annulaire très mobile activement comme les autres doigts, et le blessé gagne chaque jour de la force par l'électrisation des fléchisseurs. Le résultat est donc satisfaisant. Il eût probablement été plus satisfaisant encore si on avait pu intervenir avant que les tendons de l'auriculaire n'aient été partiellement détruits et qu'on ait été obligé de sacrifier non seulement la gaine fibreuse de ce doigt, mais même le tissu cellulaire sous-cutané.

Présentation de pièces.

Volumineux fibrome calcifié de la paroi abdominale antérieure chez un jeune homme. Extirpation avec ouverture du péritoine; guérison,

Par M. KIRMISSON.

Le nommé X..., âgé de 18 ans, a noté, vers le commencement de 1887, l'existence d'une petite tumeur dure, du volume d'une bille, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale du côté gauche. Cette tumeur augmenta peu à peu de volume, et, au bout de six mois, elle avait atteint le diamètre d'une pièce de 5 francs. Le malade consulta à ce moment un médecin; on appliqua des cataplasmes, on fit des onctions laudanisées, tout cela sans résultat. La tumeur augmentait toujours et devenait douloureuse. Aussi, vers la fin de 1887, ce jeune homme entra-t-il dans le service d'un de nos collègues, chirurgien des hôpitaux, où il séjourna jusqu'à la fin de février 1889, c'est-à-dire pendant plus d'un an. Pendant tout ce temps, on le soumit à un traitement interne, sans résultat avantageux. La tumeur continuait à grossir et s'étalait de bas en haut dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

Au commencement d'avril, ce jeune homme me fut adressé à l'Hôtel-Dieu par mon ami le Dr Guyard.

A ce moment, le palper faisait constater l'existence d'une tumeur aplatie en forme de gâteau, occupant la paroi abdominale du côté gauche. Remplissant la fosse iliaque et le flanc, la tumeur s'approche par en haut des fausses côtes, de la crête iliaque et de l'arcade de Fallope par en bas. En avant, elle remonte à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic; au-dessous de l'ombilic et en bas, elle dépasse de deux travers de doigt la ligne médiane.

La direction générale de la tumeur est oblique en bas et en avant, dans le sens des fibres du grand oblique. Son diamètre transversal mesure 23 à 24 centimètres; le diamètre vertical a 14 centimètres. La consistance est uniforme, d'une dureté extrême. La tumeur jouit d'une mobilité parfaite en tous sens, sur la peau et sur les parties profondes. La main insinuée sous son bord supérieur peut l'attirer en avant, en lui imprimant un mouvement de bascule; le même déplacement ne peut être communiqué au bord inférieur. La mobilité disparaît complètement quand on vient à faire contracter les muscles de l'abdomen. On sent alors la corde formée par le grand droit antérieur, tendu au-devant de la tumeur.

Les caractères que nous venons d'énumérer, rapprochés du mode de début du néoplasme et de la conservation de la santé générale, nous font porter le diagnostic de fibrome de la paroi abdominale antérieure, et, le jeudi 16 mai, nous procédons à l'extirpation de la tumeur.

Le malade étant endormi, je fais, suivant le grand axe du néoplasme, une incision légèrement oblique en haut et en dehors, qui, partant de la ligne médiane, gagne la région du flanc gauche. Cette incision comprend la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et les muscles de la paroi abdominale, y compris le grand droit antérieur de l'abdomen. L'artère épigastrique et les veines qui l'accompagnent sont saisies avec des pinces et sectionnées entre deux ligatures au catgut. Voulant alors dégager l'extrémité antérieure et inférieure de la tumeur que recouvraient encore des tissus fibreux, je soulève ces tissus sur le doigt et les sectionne avec les ciseaux. Je m'aperçois immédiatement que je viens d'ouvrir le péritoine dans une petite étendue, car l'épiploon fait légèrement hernie. Je le réduis, j'applique des pinces sur l'ouverture péritonéale, et je commence à isoler la tumeur de ses connexions avec les parties voisines. La face antérieure étant mise à nu, je puis avec le doigt décoller les plans fibreux qui l'enveloppent, et, m'aidant quelquefois des ciseaux pour sectionner quelques brides fibreuses, j'arrive, au bout d'un instant, à la faire basculer et à l'attirer en dehors de la plaie. Elle n'est plus alors en connexion qu'avec le péritoine par sa face profonde. Avec le bistouri, je détache ces adhérences péritonéales, en rasant de près la tumeur, en m'efforçant de respecter autant que possible la séreuse. Malgré tous mes efforts, elle se déchire, sur trois points, dans une étendue variable. Enfin, la tumeur, complètement détachée de toutes ses connexions, peut être

enlevée. Mais deux petits lobes du volume d'une noix se sont détachés de la masse principale, et sont restés adhérents à la face externe du péritoine. Je les enlève avec la portion de séreuse à laquelle ils adhèrent; je réunis à l'aide des ciseaux toutes les ouvertures faites au péritoine, et j'obtiens ainsi une incision péritonéale de 15 à 16 centimètres de longueur, obliquement dirigée en haut et en dehors, dont les bords parfaitement réguliers peuvent être aisément mis en contact au moyen de vingt points de suture au catgut fin. Il est intéressant, en effet, de noter que le péritoine avait subi une dilatation sacculaire si considérable que, même après la résection d'une partie de son étendue, les deux lèvres de l'incision se juxtaposaient avec la plus grande facilité. C'est là une circonstance qui permettra, dans bon nombre de cas, l'occlusion de la fente péritonéale. Une seconde rangée de sutures au catgut est placée sur le plan musculo-aponévrotique de l'abdomen; entre celle-ci et le péritoine sont interposés deux drains placés parallèlement l'un à l'autre. Une troisième suture au crin de Florence ferme l'incision cutanée. Pansement à la gaze iodoformée.

Les suites opératoires ont été des plus simples; il n'y a eu aucune menace de réaction péritonéale, et la guérison du malade peut être regardée comme certaine.

L'examen de la tumeur fait par M. Rémy dans le laboratoire de l'Hôtel-Dieu n'y a démontré que du tissu fibreux calcifié.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

S. Pozzi.

Séance du 29 mai 1889.

Présidence de M. LE DENTU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

- 1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;
- 2° M. DESPRÉS demande un congé pour la session du conseil municipal;
- 3° Une lettre de M. le D^r PÉAN pour faire valoir ses droits à la

priorité de l'ablation par morcellement des fibromes interstitiels du corps de l'utérus;

4° Le premier fascicule du tome IV de la 3^e édition du *Manuel de pathologie chirurgicale* de JAMAIN et TERRIER, avec la collaboration de MM. BROCA et HARTMANN (don des auteurs);

5° La seconde partie du *Manuel de médecine opératoire* de MALGAIGNE, par le professeur L. LEFORT, 9^e édition (don de l'auteur).

Suite de la discussion sur l'extirpation des corps fibreux par morcellement par la voie vaginale.

M. TERRILLON. Je regrette que la discussion qui s'est engagée dans la dernière séance à propos de ma communication sur l'ablation des fibromes interstitiels et à large base d'implantation par la voie vaginale, après section et dilatation du col de l'utérus, ait été déviée de sa signification primitive. Qu'il me suffise de rappeler que je n'ai eu en vue ni les polypes fibreux pédiculés des couches dans le vagin, ni même les polypes fibreux pédiculés encore contenus dans la cavité de l'utérus.

Les procédés d'extraction de ces derniers sont depuis longtemps connus; ils consistent à aller à la recherche du pédicule après avoir dilaté le col de l'utérus, et à couper ce dernier soit avec un serre-nœud de Maissonneuve, soit avec des ciseaux courbes. On peut même les extraire en les saisissant avec de fortes pinces et en imprimant au fibrome un mouvement de rotation sur son axe, ce qui déchire le pédicule par torsion.

Ces faits sont bien connus et ont été étudiés depuis longtemps.

J'ai voulu parler, au contraire, des fibromes non pédiculés ou largement pédiculés, faisant plus ou moins saillie dans l'utérus et qu'on ne peut enlever que par des manœuvres spéciales. C'est à M. Péan qu'on doit d'avoir perfectionné cette méthode qui avait déjà été tentée par plusieurs chirurgiens, et depuis longtemps, mais moins réglée et moins complète. L'ablation totale de ces fibromes par morceaux séparés en un seul temps, telle est la caractéristique de ce procédé sur lequel j'ai voulu appeler de nouveau l'attention de la Société de chirurgie.

Les tumeurs fibreuses se présentent sous deux aspects assez différents: Tantôt elles font saillie en repoussant la muqueuse qui les coiffe dans une certaine étendue; pour les atteindre, il faut, après la section du col, inciser la muqueuse en un point, puis, dans le voisinage, la séparer du fibrome que l'on enlève ensuite

par morceaux. D'autres fois, le corps fibreux, encore contenu dans la cavité utérine, est libre dans la plus grande partie de sa surface. Il n'y a que son segment supérieur qui soit resté en continuité avec l'utérus, mais cette base d'implantation est assez large pour le différencier des véritables polypes; l'opération est la même, avec quelques différences, comme je l'ai indiqué.

C'est à cette dernière variété que j'ai eu affaire chez quatre de mes malades, qui étaient tourmentées par des douleurs expulsives violentes et des hémorrhagies, ce qui m'a encouragé à intervenir. Dans ces cas, l'hystérotomie abdominale est même impossible, car la pédiculisation de la tumeur devient difficile, et aussi à cause de la profondeur du siège de la tumeur dans le bassin. Ici l'ablation à travers le col largement ouvert est la seule ressource chirurgicale, au moins tant que le fibrome n'a pas pris un trop grand développement. S'il est mou et friable, on l'enlève avec des pinces par torsion et déchirement. S'il est dur et résistant, on le segmente avec des pinces et des ciseaux courbes qui, introduits profondément, avec le doigt pour guide, permettent d'en séparer des morceaux assez volumineux.

On a reproché à cette opération d'être dangereuse, car on peut perforer le fond de l'utérus, pénétrer dans le péritoine et provoquer ainsi des accidents sérieux.

Je crois que cette opinion n'est pas exacte quand on s'attaque à des fibromes ne dépassant pas un volume égal à une tête de fœtus, et surtout quand, par tous les moyens de diagnostic, on a établi assez nettement ses rapports avec la cavité et le fond de l'utérus.

Mais il est une autre raison, c'est ce fait que le doigt introduit dans l'utérus doit toujours servir de guide aux pinces et aux ciseaux, qui ne doivent rien saisir sans que le contrôle ait été établi. On peut ainsi limiter nettement l'action des pinces.

Enfin, la main appliquée sur l'abdomen et refoulant le fond de l'utérus vers le bassin permet de sentir si la paroi utérine est toujours éloignée des instruments.

Ce moyen d'investigation est particulièrement précieux et ne doit jamais être négligé.

M. CHAMPIONNIÈRE. Je n'ai pu prendre part à la discussion sur l'ablation des corps fibreux par la voie vaginale comme je l'aurais voulu. Je demande cependant à faire une réflexion sur ce qui concerne la nouveauté de l'opération.

Si vous dites que l'on a apporté récemment des procédés nouveaux pour la pratiquer, que l'on a donné une extension considérable à cette manière de faire, je vous le concède. Je crois même qu'on en a abusé, et je suis convaincu qu'un certain nombre de cas

opérés ainsi étaient justiciables d'autres interventions que je préfère.

Mais si vous dites que le fait d'énucléer des corps fibreux interstitiels par la voie vaginale et de les morceler lorsqu'il est nécessaire constitue une nouveauté, je vous déclare que je n'en crois rien. Pour ce qui me concerne, je l'ai pratiqué depuis longtemps, admettant que j'avais une manière de procéder qui m'est personnelle, mais ne croyant pas avoir fait une découverte chirurgicale pour cela.

Remarquez bien, du reste, qu'au point de vue pratique on peut admettre que les corps fibreux intra-utérins se divisent de la façon suivante :

Pédiculés ou polypes ;

Tumeurs intra-cavitaires et sessiles ;

Tumeurs interstitielles.

Pour les chirurgiens qui manœuvrent le serre-nœud, l'anse galvanique, l'écraseur, les premiers seuls sont accessibles. Il y a bien des chirurgiens qui, comme moi, ont observé depuis longtemps que tous ces instruments sont dangereux, difficiles d'application et parfaitement insuffisants s'il n'y a pas pédicularisation.

Aussi, mes premières interventions exceptées, j'ai toujours opéré les tumeurs avec le bistouri et surtout les ciseaux, pratiqué l'énucléation et le morcellement quand elles étaient volumineuses. Puis j'ai attaqué de la même façon celles qui n'étaient pas pédiculées et celles qui étaient interstitielles.

Cela remonte pour moi déjà fort loin, en 1875 ou 1876. Faisant un remplacement à Lariboisière, j'ai opéré dans le service de M. Siredey, *en sa présence*, une tumeur fibreuse qui était développée dans le segment antérieur et le col de l'utérus. Je fis l'énucléation entre la vessie et la cavité utérine *qui ne fut pas ouverte*, je divisai à coups de ciseaux une partie de la tumeur en arrière, ne pouvant pas arriver à la dégager en entier.

J'ai fait souvent des opérations de ce genre. Celle que je pourrais vous signaler comme la plus complète, je l'ai faite le 14 mars 1886 avec l'aide de mon confrère le D^r Delaporte, de mon frère et de mes internes, dans la maison de santé du D^r Daupley, à Auteuil. Il s'agissait d'une dame de quarante-quatre ans, vierge, ayant un très volumineux fibrome interstitiel dont une face faisait saillie dans la cavité utérine. La malade endormie par le chloroforme, je dilatai la valve péniblement, je fendis largement le col à coups de ciseaux, j'incisai à travers la muqueuse sur la tumeur pour arriver à la couche périphérique énucléable et je morcelai la tumeur en un nombre considérable de fragments (80 ou 100) qui

furent renfermés dans un grand bocal à cornichons qu'ils remplissaient.

Cette opération est une des plus laborieuses que j'aie faites. Elle dura deux heures et demi. La malade guérit très bien et resta guérie.

Je crois que, comme morcellement, énucléation, ouverture large des voies, il n'y a pas de différence fondamentale entre cette opération, que je n'ai jamais vu pratiquer par personne, et celle que l'on présente comme une découverte.

Je le répète, je cite ces faits seulement à ce point de vue, et je ne veux pas juger les pratiques des autres ni contester l'extension, l'importance qu'un autre chirurgien, M. Péan, par exemple, a pu donner à sa manière de faire.

En soi, cette opération m'a toujours paru excellente et m'a toujours donné de bons résultats, sauf un cas où j'ai voulu attaquer un fibromesphacolé. L'intervention a été très incomplète, la malade a continué à s'affaïsser et a succombé quelques jours plus tard.

Je fais, du reste, cette opération avec une extrême simplicité de moyens. L'opération faite, je fais un lavage de la région avec une éponge et de l'eau phéniquée à 1/20, je mets en place deux ou trois tampons de gaze phéniquée, puis je laisse tout en place, je ne fais plus aucun lavage ni injection, et la femme guérit avec une extrême rapidité.

Mais, quelque simple que me paraisse cette opération, que je pratique comme vous le voyez depuis longtemps, j'ai peine à admettre qu'il faille lui donner l'extension que proposent d'autres chirurgiens. Elle a bien évidemment ses indications, mais elle ne me paraît rien retirer des indications d'ablation d'ovaire ni d'hystérectomie abdominale.

Ce ne sont pas les mêmes tumeurs qui sont justiciables des deux procédés, et je craindrais de voir l'abus déconsidérer une excellente opération.

M. TERRIER. J'ai utilisé un procédé qui m'a paru excellent dans certains cas spéciaux. Quand on est dans la cavité utérine après débridement du col, si le corps fibreux est interstitiel, on n'est pas encore à son aise pour opérer; de plus on peut infecter les malades quand le corps fibreux est suppuré.

Dans ces cas, je fais une laparotomie, j'énuclée et je fais la suture de la cavité. Si le corps fibreux est suppuré ou gangrené, je suture la cavité où était contenu le fibrome à la paroi abdominale et je la traite antiseptiquement.

M. Pozzi. L'opération que vient de nous décrire M. Terrier et que j'ai eu l'occasion de pratiquer est généralement connue sous

le nom d'énucléation intra-abdominale de A. Martin. Il l'a longuement décrite dans son ouvrage récemment traduit.

Je ne suis point ennemi du morcellement par la voie vaginale : je l'ai encore pratiqué avec succès la semaine dernière pour un corps fibreux sous-muqueux intra-utérin. Mais il ne faut pas généraliser à l'extrême et repousser presque de parti pris, comme le font aujourd'hui certains de nos collègues, la voie abdominale qui, dans beaucoup de cas, offre moins de gravité.

Rapport.

Sur une observation de néphrectomie pour néphrite suppurée. Guérison, par M. POISSON (de Nantes).

Rapport par M. TERRIER.

M. le D^r L. Poisson (de Nantes) vous a adressé une *observation de néphrectomie pour néphrite suppurée, suivie de guérison*, et à propos de laquelle j'ai été chargé de vous faire un rapport.

Voici le fait résumé :

M. T... contracte une blennorrhagie à 18 ans, on lui fait la circoncision et lui détermine une lymphangite gangréneuse du périnée et de la racine de la cuisse droite qui mit trois mois à se réparer.

A cette date se manifestèrent les premiers accidents du côté du rein ; ce furent des hématuries, de la fréquence de miction, du pus dans les urines.

Cette situation ne fit que s'aggraver, surtout après une deuxième blennorrhagie en 1886.

Quand M. L. Poisson le vit pour la première fois, voici ce qu'il constata : un léger rétrécissement urétral (n° 12 de la filière Charrière), polyurie (1,900 à 2,000 grammes en vingt-quatre heures), pus abondant avec l'urine (250 à 300 grammes par vingt-quatre heures), fièvre, inappétence, douches rénales à gauche, où l'on peut constater l'existence d'une tumeur d'un tiers plus grosse qu'un rein normal, mais ayant la forme de cet organe.

On dilate l'urèthre et on fait des cautérisations ponctuées et des injections sous-cutanées au niveau de la tumeur. Balsamiques divers à l'intérieur.

L'état ne s'améliore pas, ce qui se comprend facilement ; le malade maigrit, le pus des urines augmente et l'opération est acceptée avec bonheur par le patient.

A cette date, le rein gauche, assez mobile, triplé de volume, forme une tumeur qui en haut se cache sous le rebord des fausses côtes, et en bas descend jusqu'à l'épine iliaque. Le bord interne est facile à

circonscrire, en dehors du droit antérieur. On ne peut y percevoir de fluctuation.

Opération le 2 mars 1887 avec l'aide des D^{rs} Jouon et de Larabrie.— « L'incision part de quelques centimètres en arrière de l'épine iliaque (?) et remonte obliquement jusqu'au niveau de la onzième côte, en passant immédiatement en avant de l'extrémité de la douzième. Couche par couche et sans avoir besoin de pratiquer aucune ligature, nous arrivons rapidement sur l'organe malade recouvert de péritoine. A l'aide du doigt qui accroche pour ainsi dire le péritoine en arrière, nous réussissons sans peine à le décoller et à le refouler en avant, où il est maintenu par un aide. La surface du rein est alors à découvert dans une certaine étendue. »

A ce moment, une ponction faite au trocart amène notre diagnostic de *rein suppuré*, puis l'ouverture faite par le trocart est agrandie au thermo-cautère de façon à y pouvoir introduire le doigt.

Cette manœuvre avait pour objet de préciser encore plus le diagnostic, et de savoir si on devait se borner à faire une néphrotomie ou bien au contraire une néphrectomie. Comme on avait affaire à une néphrite suppurée à plusieurs loges, M. Poisson se décida pour l'ablation de l'organe.

La première incision était trop petite pour penser y faire passer le rein et pouvoir lier les vaisseaux du hile; aussi le chirurgien fit-il une incision transversale allant du milieu de l'incision oblique « jusqu'à la rencontre du carré des lombes ».

Le décollement fut continué, et il fut assez facile de faire sortir le rein d'abord par son extrémité inférieure seule. Un cordon volumineux, qui n'était autre que l'urètre dilaté, fut coupé entre deux ligatures. Alors on put attirer en bas la partie supérieure du rein et la faire sortir par l'incision. La ligature du hile, débarrassé de la graisse qui cachait les vaisseaux, fut faite avec un fort fil de soie et même une deuxième ligature fut placée par-dessus la première. Section avec les ciseaux à 2 centimètres au delà de la ligature.

« Le rein retiré mesurait environ 25 centimètres de hauteur et un diamètre transversal de 15 centimètres. La section de l'organe montrait une série de poches purulentes. » Le bassinnet n'était pour rien dans le volume excessif du rein enlevé.

L'hémostase de la plaie faite, on met deux drains volumineux à la partie inférieure des incisions qui sont réunies dans toute leur étendue par du fil d'argent.

Le pansement est fait avec de la poudre d'iodoforme, de la gaze iodoformée et du coton hydrophile. Une ceinture de flanelle maintient le tout en place.

M. Poisson ne nous indique pas la durée de l'opération.

Les suites opératoires furent simples, dit M. Poisson, la température maxima fut le surlendemain 38°,5. Au troisième jour, pansement et réunion par première intention. Toutefois, suppuration par les drains les septième ou huitième jour; elle diminue peu à peu, et deux mois après l'opération il y a encore un léger suintement à la partie la

plus reculée de l'incision transversale; cette fistule persista six mois et se guérit après avoir éliminé les quatre fils de soie placés sur le pédicule. Dans les vingt-quatre heures qui suivirent l'opération, M. T... élimina 1,000 grammes d'urine, puis 1,300 grammes, 1,500 grammes. Il y avait environ 30 ou 35 grammes depuis dans les urines d'un jour. Un peu plus tard, l'opéré éliminait 2,000 grammes avec 50 à 60 grammes de pus.

Au quinzième jour, l'état général est excellent, la suppuration de la plaie est presque tarie, mais il y a de la polyurie qui va jusqu'à quatre litres par jour. Le bromure de potassium fait revenir la quantité d'urine à son type normal; toutefois, il y a toujours du pus dans les urines et les mictions sont toujours fréquentes. En fait, aujourd'hui encore, il persiste un peu de cystite purulente, car on ne peut incriminer l'autre rein, qui fonctionne assez bien, quoique certainement n'étant pas normal, vu la polyurie signalée par M. Poisson. Du reste, l'état de M. T... est aussi satisfaisant que possible.

Cette observation fort intéressante, mais malheureusement un peu écourtée, fait naître un bien grand nombre de questions à résoudre ou au moins à discuter. Nous allons rapidement les passer en revue.

On peut d'abord se demander quelle a été dans ce cas la cause de la suppuration rénale? Deux facteurs sont en présence: la blennorrhagie et la lymphangite gangréneuse, qu'il vaudrait peut-être mieux caractériser du nom de phlegmon gangréneux du périnée et de la racine de la cuisse. La blennorrhagie seule peut-elle produire la suppuration du rein (la pyélo-néphrite) et même des abcès multiples du rein? Le fait paraît démontré par des observations cliniques; mais cette suppuration est-elle due aux gonocoques ou bien à d'autres microbes pyogènes urinaires? Dans l'espèce, vu l'absence de tout cathétérisme, il faudrait invoquer l'enfance par les gonocoques.

Toutefois, nous avons plus de tendance à attribuer la lésion rénale à la septicémie gangréneuse qui a suivi l'opération de la circoncision. Que cette septicémie résulte d'une inoculation blennorrhagique, comme paraît incliner à le penser M. L. Poisson; quelle tienne bien plutôt à une inoculation septique faite pendant l'opération et par l'opérateur, ce que je défendrais plus volontiers, toujours est-il que cette septicémie a déterminé des accidents d'intoxication générale fort graves et dus à une véritable inoculation microbienne.

Or, comme il arrive dans toutes les affections septicémiques, le rein a été l'organe chargé de l'élimination des micro-organismes qui avaient infecté l'économie, d'où l'explication de sa suppuration. Celle-ci siégeait en effet dans le parenchyme de l'organe et y

constituait des foyers multiples. Pourquoi la lésion a-t-elle atteint le rein gauche de préférence ? Nous ne saurions le dire, et l'attribuer à un fait de *locus minoris resistentie* n'expliquerait pas grand'chose.

La lésion produite et donnant lieu à tous les symptômes d'une néphrite suppurée avec tumeur du rein, nous croyons qu'on s'est un peu attardé à intervenir en appliquant des pointes de feu, et surtout en faisant des injections sous-cutanées d'acide phénique. Ce sont là des moyens thérapeutiques d'une valeur nulle et sur lesquels il était inutile de compter. Ce qui s'imposait, c'était l'ablation de la tumeur, et à cet égard je diffère un peu d'opinion avec M. L. Poisson sur la manière dont il a conduit sa thérapeutique chirurgicale.

En présence des accidents présentés par le malade et de l'abondant écoulement de pus avec l'urine ; tenant compte du volume du rein, manifestement altéré dans la plus grande partie de son tissu, je n'aurais pas hésité à faire de suite la néphrectomie, soit lombaire, soit transpéritonéale.

M. Poisson, plus prudent peut-être, a d'abord cherché à dénuder le rein ; ceci fait, il a ponctionné l'organe, et retirant du pus par sa ponction, il pratiqua l'ablation du rein en quelque sorte par nécessité. Il dut alors agrandir son champ opératoire en incisant en arrière horizontalement jusqu'au carré lombaire. Malgré tout, l'énucléation de l'organe et la ligature des vaisseaux du hile et de l'uretère fut assez facile.

La réunion par première intention n'eut lieu que superficiellement, le trajet des drains suppura, et il en résulta une fistule qui persista six mois. Cette fistule était due aux ligatures qui furent enfin éliminées, et elle guérit.

M. L. Poisson croit que lors de l'opération il a eu tort de couper au ras ses fils de soie qui haient uretère et vaisseaux ; il paraît attribuer à cette section l'élimination ultérieure des fils. En cela, il s'accuse bien à tort.

Le foyer correspondant au hile du rein a été intoxiqué, il a suppuré et les fils ont dû être éliminés. Telle est toute l'histoire de cette fistule persistante.

D'où vient cette inoculation ? Soit du chirurgien, ce qui est peu probable, puisque la réunion a été parfaite partout, sauf bien entendu sur le trajet des drains et que la température a été 38°,5 une seule fois.

Soit de l'uretère laissé dans les profondeurs de la plaie ? C'est en effet là la cause ordinaire de ces suppurations profondes. L'uretère infecté et contenant des éléments septiques, puisqu'il a charrié du pus venant du rein, contamine la plaie et la fait suppur.

Aussi a-t-on donné depuis longtemps le conseil d'amener l'uretère au dehors, ce qui n'est pas toujours possible, surtout quand on pratique l'ablation du rein par la voie lombaire ou lombo-abdominale.

Je n'insiste pas plus longuement sur cette fort intéressante observation, et je vous prie d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer son travail aux archives.

Communication.

Arthrodèse pour pied bot paralytique,

PAR L. DEFONTAINE,

Membre correspondant de la Société de chirurgie.

Les opérations que l'on pratique sur le squelette du tarse pour les pieds bots anciens diffèrent avec chaque variété et peuvent se combiner entre elles suivant les combinaisons des déviations existantes. C'est ainsi que la déviation de l'arrière-pied en dedans de l'axe de la jambe m'a conduit à extirper six fois l'astragale, et trois fois j'ai excisé en même temps les extrémités antérieures du calcanéum et postérieures du cuboïde pour remédier à l'adduction de l'avant-pied par rapport à l'arrière-pied. La grande incision courbe à la partie externe de la face dorsale du pied, préconisée par E. Bœckel, m'a toujours suffi. Enfin quatre fois j'ai remédié à la flexion de l'avant-pied sur l'arrière-pied par la tarsotomie cunéiforme.

Mais je désire seulement présenter l'histoire de deux pieds bots paralytiques pour lesquels j'ai pratiqué l'arthrodèse tibio-tarsienne afin de fixer le pied à angle droit sur la jambe.

La paralysie infantile spinale avait laissé chez ces malades une paralysie avec atrophie des muscles moteurs du pied, datant de plus de dix ans chez l'un et de deux ans et demie chez l'autre.

Le pied en varus équin n'avait pas de position fixe sur la jambe. Si on le ramenait dans l'axe du tibia, il retombait en dedans dès que la main l'abandonnait. Un gros durillon au niveau de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien et une bourse séreuse épaissie sur la face dorsale du pied prouvaient qu'habituellement il supportait le poids du corps en reposant sur son bord externe et sa face dorsale. Mon premier opéré, âgé de 15 ans, tombait chaque fois que, pendant la marche, son pied, dont la position n'était pas fixe, se plaçait à faux sur le sol, ce qui était fréquent.

Le manuel opératoire suivi chez mes deux opérés peut se résumer de la façon suivante : nettoyage antiseptique du membre. Application de l'appareil d'Esmarch, ouverture de l'articulation par la voie externe, à l'aide de deux incisions perpendiculaires. L'une antéro-postérieure, passant au bord inférieur de la malléole péronéale et allant de cette malléole qu'elle dépasse notablement en arrière jusqu'à l'extrémité postérieure du quatrième métatarsien; l'autre verticale, tombant perpendiculairement sur la précédente et placée en avant du péroné, remonte assez haut pour permettre de bien découvrir la mortaise tibio-péronière. Le lambeau à base supéro-interne limité par ces incisions est relevé jusqu'aux tendons extenseurs qui se trouvent à sa base et découvre en partie déjà l'articulation tibio-tarsienne. Les ligaments péronéo-astragaliens sont coupés et on va jusqu'aux tendons péroniers que l'on dénude. J'ai pu respecter ces tendons péroniers, mais on pourrait au besoin les diviser temporairement pour les suturer à la fin de l'opération, cette manière de faire permettant d'ouvrir largement l'articulation faciliterait les manœuvres ultérieures.

Des écarteurs soulevant en avant les tendons et vaisseaux antérieurs, réclinant le plus possible en arrière les tendons péroniers, l'avivement des surfaces cartilagineuses est pratiqué dans toute l'étendue de l'articulation.

Pour l'exécution de ce temps fondamental de l'opération, j'ai eu recours chez mon premier opéré au ciseau large de Lucas-Championnière, avec lequel j'ai taillé et aplani la surface supérieure de l'astragale, sa surface articulaire externe, ainsi que la facette péronéale.

Le cartilage du plateau tibial fut abrasé avec le ciseau ostéotome de Mac Ewen; enfin, je dus recourir au ciseau à main pour atteindre et abraser le cartilage de la malléole interne et de la facette articulaire interne de l'astragale.

Dans ma deuxième opération, le jeune âge du sujet me permit de faire l'abrasion des cartilages avec le bistouri ordinaire et le bistouri à résection. Le plateau tibial inférieur a dû seul être avivé au ciseau à main, parce que les malléoles gênent la manœuvre d'un bistouri.

Dans les deux cas, j'ai mis à nu une notable étendue de tissu osseux à la face supérieure de l'astragale que j'ai aplani.

Un lavage au sublimé tiède à 1/2000^e chasse les fragments de cartilage détachés qui peuvent rester dans le foyer opératoire.

L'artère péronière antérieure a été vue et liée avec du fin catgut; c'est la seule ligature faite chez mes deux opérés.

Le pied étant placé à angle droit ou légèrement aigu sur la

jambe, les incisions sont suturées en surjet, au catgut, sans drainage.

Iodoforme ; protective.

Le pied et la jambe sont enveloppés de ouate salicylique et hydrophile constituant une couche épaisse. Aucun tissu imperméable n'enveloppe le pansement.

Une bande souple, appliquée avec soin, maintient la position du pied et établit la compression.

Cela peut suffire chez les jeunes enfants ; mon premier opéré étant âgé, j'ai cru utile d'assurer la compression par une couche superposée de coton ordinaire, et la bonne position du pied par une attelle à pédale mobile de Bœckel.

La ligature hémostatique de la cuisse n'est enlevée qu'en dernier lieu, lorsque le pansement est entièrement terminé ; et le membre est maintenu pendant plusieurs heures dans l'élévation à 45°.

Chez mon premier opéré, garçon de quinze ans, les suites furent très bonnes. A partir du cinquième jour, la température ne monte plus à 37°,8. Le pied fut laissé immobilisé pendant deux mois. La réunion eut lieu totalement sans suppuration, mais je ne crus devoir permettre la marche que vers la fin du troisième mois. Depuis elle se fait sans fatigue et avec une légère boiterie. Le pied est fixé à angle droit sur la jambe et l'ankylose tibio-tarsienne est absolue. L'opération remonte à plus de huit mois (26 septembre 1888).

Ma deuxième opération ne date que de quinze jours, je ne puis donc en signaler le résultat définitif ; mais la petite opérée, âgée de 3 ans, qui a encore son pansement opératoire, n'a pas souffert, et sa température a atteint une seule fois le chiffre maximum de 38°,4. Chez elle, j'ai dû commencer par la section du tendon d'Achille, pour remédier à l'équinisme causé par la rétraction du triceps de la jambe.

Le premier fait d'arthrodèse est dû, si je ne me trompe, à Albert (de Vienne) et remonte à 1878. Ce chirurgien fait des sutures osseuses.

J'ai lu qu'il faisait suppurer de parti pris le foyer opératoire. Je crois que cette pratique trouvera peu d'imitateurs. A l'exemple de Girard (de Berne), j'ai, au contraire, cherché et obtenu la réunion totale. Je n'ai pas fait de drainage, le réservant pour les cas dont l'asepsie est douteuse ou imparfaite, et comme alors la réunion n'est pas loin d'être contre-indiquée, je laisse souvent la plaie ouverte. Dans l'arthrodèse, d'ailleurs, le drainage entraînerait des pansements et une mobilisation qu'il est bon de chercher à éviter. Suivant ma pratique ordinaire, j'ai fait usage des lavages abon-

dants de sublimé tartrique à 1 pour 2 ou 4,000. Ils ne m'ont pas paru provoquer l'hypersécrétion qui leur a été reprochée et qui semble due moins au lavage lui-même qu'à la force trop grande des solutions employées (solution phéniquée au 20° par ex.).

Je n'emploie pas d'éponges, mais des tampons de tarlatane bouillis, et j'utilise le pansement absorbant sans enveloppe imperméable.

J'ai pensé qu'il y avait quelque intérêt à rapporter des exemples d'une opération encore récente et je crois nouvelle en France, qui remet aux mains des chirurgiens une série de cas qui n'ont été longtemps possibles que d'appareils de soutien, plus ou moins orthopédiques, dont l'emploi sera de plus en plus limité dans l'avenir, mais dont l'usage a toujours été difficile pour les malades pauvres.

Discussion.

M. ROUTIER. Transformer d'emblée un pied ballottant en pied ankylosé n'est pas toujours une bonne opération. Les pieds ballottants traités par l'électricité et les appareils peuvent guérir, comme je l'ai dit dans ma thèse; une opération faite à l'âge de 3 ans est trop hâtive. Je crois que M. Defontaine n'aurait pas dû recourir si vite à ce moyen extrême.

M. SCHWARTZ. Ce n'est que quand les muscles sont tout à fait dégénérés et fibreux que l'opération d'arthrodèse est sage.

M. TERRIER. J'ai discuté avec M. Reverdin une intervention de cette nature pour une enfant qui avait deux pieds bots. D'un côté, la ténotomie avait été suivie d'un succès; le tendon d'Achille sectionné ne s'était pas soudé et le pied restait ballottant. S'il s'était agi d'une enfant pauvre, j'aurais conseillé l'arthrodèse. Mais comme la petite fille pouvait se payer un appareil, j'ai cru devoir la repousser.

M. DEFONTAINE. Assurément il s'agit surtout de bien poser les indications. Quand un pied est resté paralysé très longtemps, il est peu probable que les muscles soient capables d'être réveillés par l'électricité. L'arthrodèse est, du reste, une opération bénigne.

M. ROUTIER. Même après un an d'insuccès apparent, on peut voir l'électricité finir par agir sur les muscles; il ne s'agit pas de savoir si l'opération est bénigne, mais si elle est indispensable.

Communication.*Cinquième série de trente-cinq ovariectomies
pour kystes de l'ovaire.*Par le D^r TERRILLON.

Cette cinquième série de 35 ovariectomies comprend toutes les opérations que j'ai pratiquées, pour enlever des kystes de l'ovaire ou des kystes para-ovariens, depuis le 8 juillet 1888 jusqu'au 11 février 1889. J'ai compris dans cette série cinq observations d'ovariectomies qui ont été opérées par mon collègue et ami le D^r Jalaguier, lequel m'a remplacé dans mon service à la Salpêtrière pendant deux mois de vacances en 1888. Comme ces opérations ont été faites dans mon service, avec mon matériel et mes aides habituels, j'ai pensé qu'elles ne devaient pas être séparées de celles que j'ai pratiquées moi-même dans le même milieu et d'après la même méthode.

Mortalité. — Ma cinquième série est particulièrement favorable, car je n'ai perdu qu'une malade, la première de mon tableau. Cette malade est morte dans des circonstances spéciales qui méritent d'être notées et qui montrent qu'aucune précaution spéciale ne pouvait éviter une terminaison fatale et prompte. Cette femme, âgée de 37 ans, avait déjà été opérée par moi à la Salpêtrière en 1887, le 12 juillet (elle fait partie de ma 3^e série de trente-cinq ovariectomies). Parfaitement guérie de cette opération qui avait porté sur l'ovaire droit, atteint d'une dégénérescence kystique énorme, avec 25 litres de liquide et 5 kilos de parties solides, elle se porta très bien pendant quelques mois.

Bientôt après, le ventre recommença à grossir et présenta des signes non douteux d'un nouveau kyste. Quelques jours avant son entrée à la Salpêtrière, le kyste se rompit, et la malade éprouva des symptômes de péritonite assez aiguë avec vomissements et accès de suffocation.

Dans cet état et malgré la gravité de l'état général, je l'opérai le 8 juillet 1888. Le kyste volumineux était très adhérent à l'intestin, à l'épiploon et au petit bassin. Il fut difficilement séparé de ces organes; une grande quantité de matière sirupeuse grisâtre était répandue dans le péritoine. La surface de la séreuse, surtout au niveau des intestins, était rouge, tomenteuse, altérée. Je nettoyai avec soin toutes ces parties avec de l'eau et des éponges.

L'opération avait duré une heure et demie et la malade était très affaiblie. Malgré nos efforts pour la ranimer, elle mourut d'épuisement trente-deux heures après l'opération.

Nature des kystes. — Les kystes que j'ai rencontrés dans ces diverses opérations correspondent aux variétés suivantes : les kystes multiloculaires plus ou moins compliqués, correspondant aux kystes mucoïdes de Malassez et de Sinety, sont au nombre de 28 : quatre kystes du ligament large simples et séreux, dont un inclus dans le ligament. Un kyste dermoïde. Il en existait deux chez la même malade, un de chaque côté.

Accidents avant l'opération. — Plusieurs de ces kystes avaient provoqué avant l'opération ces accidents variables qui en rendaient l'ablation plus difficile et plus grave.

Trois étaient rompus dans le péritoine; il s'agissait de kystes volumineux avec de nombreuses poches dont la plupart avaient des parois minces et transparentes. Quatre avaient des pédicules tordus et oblitérés; les malades avaient eu des accidents spéciaux correspondant à l'époque de la torsion. Les kystes présentaient l'apparence ordinaire qu'on rencontre à la suite de cet accident. Les parois étaient mortifiées, noirâtres, verdâtres, et leur contenu était sanguinolent. Enfin, des adhérences totales avec les organes voisins rendaient leur ablation difficile.

Au point de vue des difficultés opératoires que j'ai rencontrées, je puis ajouter que la plupart des kystes que j'ai enlevés avaient subi des altérations notables, puisque, sur 35 ovariectomies, je n'ai eu que trois cas simples. Cinq autres avaient contracté peu d'adhérences avec la paroi abdominale ou l'épiploon, mais les 27 autres présentaient des difficultés opératoires plus ou moins grandes, et surtout des adhérences multiples et anciennes.

Caractères spéciaux de quelques opérations. — *Opérations incomplètes.* — Dans trois cas, l'opération est restée incomplète, mais d'une façon relative, car chaque fois on ne dut laisser adhérente qu'une partie assez peu étendue de la paroi kystique. Ces parties adhérentes étaient unies à l'utérus très intimement, et leur ablation totale aurait nécessité une prolongation de l'opération et surtout aurait provoqué une hémorrhagie souvent difficile à arrêter, principalement dans les régions profondes du bassin. Le résultat de ces ovariectomies, dont une appartient à M. Jalaguier (obs. X), a été particulièrement heureux. En effet, les parties laissées en place, drainées et surveillées avec soin, ont pu s'éliminer par lambeaux, en laissant derrière elles une plaie de bonne nature qui s'est cicatrisée complètement et sûrement. Une de mes malades (obs. VIII) a mis deux mois. L'autre (obs. X), après cinq mois. Enfin la dernière, opérée en janvier 1889 (obs. XXXI), a été complètement guérie à la fin d'avril 1889.

Tous ces résultats sont intéressants, car il n'est resté dans l'ab-

domen aucune partie capable de repulluler et de donner une récidive.

Drainage. — J'ai écrit déjà dans d'autres mémoires que je pratiquais volontiers le drainage abdominal à la suite des ovariotomies, lorsque les désordres produits par la décortication du kyste me semblaient très étendus et que les surfaces saignaient beaucoup. Mais j'insiste sur ce fait que je l'emploie surtout dans les cas où la décortication a porté sur le bassin, vers le fond de cette cavité, et qu'elle intéresse des organes très vasculaires, tels que l'utérus et la vessie. Dans sept de mes ovariotomies, j'ai fait le drainage avec un ou deux gros drains en caoutchouc, bien aseptiés, et qui plongeaient jusque dans le cul-de-sac péritonéal, derrière l'utérus, dans la partie la plus déclive. Pendant les premières heures, j'ai toujours vu sortir de ces drains une grande quantité de sérosité rougeâtre. Après trente-six heures ou quarante-huit heures au plus tard, ils ont été retirés. Toutes ces malades ont guéri.

Le seul inconvénient que j'aie remarqué, c'est la persistance, dans deux cas, d'une fistule purulente qui a duré quelques jours et qui était due probablement à l'infection secondaire du trajet, au moment des pansements, ou par le passage de l'air sous le bandage, qu'il est difficile de tenir exactement appliqué dans cette région.

Dans douze cas, j'ai pratiqué le lavage du péritoine, largement, avec l'eau bouillie et filtrée, et toujours j'ai eu à me louer de cette pratique, qui permet un nettoyage parfait de la séreuse, sans la contusionner ou l'irriter. Jamais cet usage ne m'a démontré que le lavage eût le moindre inconvénient, et je l'ai employé dans plus de cent laparotomies diverses, sans aucun accident.

Ovariotomie compliquée de paralysie intestinale consécutive. — J'ai observé sur une de mes malades un phénomène assez intéressant, sur lequel je désire attirer l'attention. Je veux parler d'une *paralysie totale de l'intestin* qui a duré plus de huit jours et qui a fini par céder. La malade a guéri ensuite dans d'excellentes conditions et se porte actuellement très bien.

Cette malade, âgée de 45 ans, me fut présentée par M. le Dr Richardière. Le ventre était énorme, tendu, la tumeur dure et bosselée. Je conseillai l'opération, mais la malade la remit à quinze jours. Huit jours après mon premier examen, elle fut prise de douleurs violentes, vomissements, arrêt des matières : en un mot, tous les signes d'une rupture du kyste s'étaient déclarés. Le 20 octobre 1888, je fis l'opération environ trente-six heures après l'accident; la malade était très faible, avec une respiration rapide et courte. Il fut nécessaire de faire une incision de l'appendice au

pubis. Le kyste rompu, formé de nombreuses poches contenant de la gélatine, fut extrait en masse, mais avec peine. Au moment de la sortie du kyste, la malade, qui était peu endormie, fit un effort, et les intestins, remplis de gaz, rouges, tomenteux, enduits de matière gélatineuse, firent irruption au dehors en totalité. Les mains et les éponges ne pouvant suffire à les rentrer à cause de leur surface gluante, je les enveloppai avec une serviette sèche et propre, et je parvins à les faire rentrer. Le péritoine fut nettoyé avec soin et l'abdomen refermé complètement.

L'opération avait duré une heure et demie. A la suite de cette intervention, nous avons assisté à la série des accidents suivants : vomissements presque continus, perte de connaissance complète, atonie intestinale absolue, tellement que les lavements introduits dans le rectum le distendaient comme une ampoule, mais n'étaient pas rendus.

Pendant ce temps, le pouls ne dépassait pas 100 pulsations, étant faible : la température ne montait pas au delà de 37°; le ventre ne présentait aucun ballonnement. En présence de ces phénomènes et considérant qu'il n'existait aucune trace de péritonite ni aucune réaction inflammatoire, je priai mon confrère, M. le D^r Larat, électricien distingué, de faire quelques tentatives de faradisation, afin d'exciter la contractilité de l'intestin. Or, celui-ci était tellement atone qu'aucun résultat ne fut obtenu et qu'après trois séances nous devions cesser l'emploi de ce moyen.

Pendant ce temps, et nous étions au septième jour de cet état, nous avions pu soutenir la malade avec quelques cuillerées de liquide supportées de temps en temps et avec des piqûres d'éther. Vers le neuvième jour l'atonie diminua, des gaz sortirent par l'anus avec quelques liquides, de légers purgatifs retenus par l'estomac ranimèrent l'intestin, et bientôt toutes les fonctions intestinales se rétablirent, et la malade, après une longue convalescence, guérit complètement. Actuellement, elle est grasse et bien portante.

Des faits semblables ont été signalés déjà par Olshausen, à propos de deux observations personnelles. Il insiste sur cette atonie intestinale, véritable paralysie pouvant devenir mortelle, qui accompagne les opérations graves et prolongées sur l'abdomen, surtout après l'issue au dehors des anses intestinales. Chez ma malade, deux causes peuvent être invoquées pour expliquer cette paralysie : d'une part, l'issue des intestins et le froissement qu'ils ont subi pour les rentrer dans l'abdomen; d'autre part, l'inflammation de leur surface séreuse due au contact de la gélatine kystique qui les recouvrait entièrement; les deux causes s'ajoutaient pour produire la paresse intestinale.

Précautions antiseptiques pendant l'opération. — C'est toujours l'ébullition de mes instruments pendant dix minutes et l'emploi de l'eau bouillie et filtrée qui forment la base de mes moyens d'antiseptic.

Je n'ai donc rien à ajouter à ce que j'ai déjà indiqué à propos de mes autres séries d'ovariotomies.

Soins consécutifs. — Pour les soins consécutifs, je ne dirai rien de nouveau. La purgation hâtive, aidée par des lavements, me semble toujours un moyen excellent, surtout quand des purgations antérieures n'ont pu déblayer suffisamment les intestins.

D'après la méthode du professeur Bouchard, j'associe chez quelques-unes de mes malades le naphthol B à la dose de 3 à 4 grammes au salicylate de bismuth. Ces substances semblent empêcher le développement des gaz, qui, remontant vers l'estomac, fatiguent beaucoup les malades et les font souvent vomir. Le rétablissement rapide du cours des matières intestinales régularise toutes les fonctions et procure un bien-être considérable qui permet l'alimentation hâtive de mes malades.

J'ajouterai qu'ordinairement, je fais précéder l'opération de plusieurs purgations et de l'emploi journalier du naphthol, pour diminuer les fermentations intestinales et procurer un repos plus grand de l'intestin.

Observations.

I. — M. A..., 37 ans, opérée d'un premier kyste multiloculaire gélatineux contenant 15 litres de liquide et pesant 5 kilogrammes, le 12 juillet 1887 (3^e série d'ovariotomie), rentré à la Salpêtrière avec un nouveau kyste rompu dans le péritoine. — *Opération* (8 juillet 1888). Durée de l'opération, une heure trente. Kyste rompu volumineux. Epuement. Morte trente-trois heures après l'opération.

II. — C... (D^r Hutinel), 35 ans. — *Opération* (11 juillet 1888). Ablation d'un kyste paraovarien avec double salpyngite. — Le kyste ost adhérent au bassin et nécessite une déortication pénible. Drainage pendant trente-six heures. — *Guérison*.

III. — J..., 46 ans (D^r Cardot), début 4 ans. Ablation d'un kyste multiloculaire de quatre kilogrammes avec quatre litres de liquide noir filant, siègeant à droite. Adhérences nombreuses à l'épiploon et à l'intestin. *Opération* (12 juillet 1888). *Guérison*.

IV. — S..., 61 ans. Début un an. Pendienni (2 juillet 1888). Ablation le 20 juillet 1888 d'un kyste multiloculaire du côté gauche, de six kilogrammes, avec pédicule tordu. Adhérences aux parois abdominales, avec l'épiploon. Lavage du péritoine. — *Guérison*.

V. — M..., 65 ans (D^r Beaufort), début neuf ans. Ablation d'un

kyste uniloculaire contenant 11 litres de liquide, avec des parois épaisses siégeant du côté droit. Adhérences nombreuses et anciennes à l'épiploon et à l'intestin. — *Opération* (22 juillet 1888). — *Guérison*.

VI. — M. V..., 40 ans (Dr Verneuil, de Saint-Amand), début 3 mois. Développement rapide; enclavement dans le petit bassin. Ablation le 28 juillet 1888 d'un kyste multiloculaire du côté gauche, de quatre kilogrammes, avec plusieurs litres de liquide, très adhérent et enlevé par morceaux. Il était uni seulement à l'utérus. Lavage du péritoine. — *Guérison*.

VII. — M^{lle} P... (Dr Avezou), début 6 mois. Développement rapide, amaigrissement et cachexie. Ablation de deux kystes volumineux, végétants des deux ovaires, avec adhérences très étendues. — *Opération* (29 juillet 1888). — *Guérison*.

VIII. — M. B..., 39 ans (Dr Benner), début un an. Ablation d'un kyste végétant, à contenu sanglant, avec pédicule tordu du côté gauche. Une partie du kyste adhérent à l'utérus est laissée, mais s'élimine plus tard. — *Opération* (30 juillet 1888). — *Guérison*.

IX. — M. G..., 50 ans (Dr Combe), début cinq mois. Affaiblissement extrême. Kyste du côté droit, multiloculaire très volumineux et kyste du côté gauche plus petit. Adhérence totale des deux kystes. — *Ablation* (30 juillet 1888). — *Guérison*.

X. — M. B..., 53 ans (Dr Jalaguier), début six ans. Kyste inclus dans le ligament large. Décortication incomplète, un morceau est laissé, mais s'élimine après six mois, siégeant à gauche. Kyste paraovarien simple. — *Opération* (22 août 1888). — *Guérison*.

XI. — M^{lle} D..., 42 ans (Dr Gauthier, de Saint-Seine), début 20 ans, et accidents de suppuration dans le kyste avec affaiblissement de la malade. Ablation d'un kyste supputé, adhérent à l'épiploon et à l'intestin; la paroi de l'intestin est réséquée et reconnue. Lavage du péritoine et drainage. — *Opération* (11 septembre 1888). — *Guérison*.

XII. — M. L..., 39 ans (Dr Jalaguier), début un an. Ablation d'un kyste de l'ovaire gauche, multiloculaire, contenant cinq litres de liquide. Adhérences nombreuses à la paroi abdominale. — *Opération* (15 septembre 1888). — *Guérison*.

XIII. — M. C..., 22 ans (Dr Jalaguier), début 8 mois. Ablation des deux côtés de kystes rompus dans le péritoine, masses polykystiques grosses comme la tête. Du côté gauche ovaire kystique enlevé. Lavage du péritoine. — *Opération* (30 octobre 1888). — *Guérison*.

XIV. — M. X..., 31 ans (Dr Jalaguier), début deux ans. Avec symptômes graves de péritonite. Kyste uniloculaire de 3 kilogrammes avec 20 litres de liquide verdâtre. Adhérences à l'abdomen, à l'épiploon. — *Opération* (5 octobre 1888). — *Guérison*.

XV. — M. B..., 31 ans (D^r Bruchet), début 2 ans. Kyste multiloculaire du poids de 2 kilogrammes et 3 litres de liquide. Adhérences à l'épiploon, à l'intestin et aux parois de l'abdomen. Résection de l'épiploon du côté gauche. — *Opération* (16 octobre 1888). — *Guérison*.

XVI. — M. M..., début 3 ans. Affaiblissement considérable. Kyste multiloculaire avec végétations et liquide hémorrhagique. Adhérences à l'utérus avec deux gros pédicules et surmonté d'une grosse trompe très dilatée à gauche. — *Opération* (18 octobre 1888). — *Guérison*.

XVII. — M. B..., 36 ans (D^r Ellereau), début 6 ans. Amaigrissement rapide. Ablation d'un gros kyste multiloculaire avec liquide gélatineux noirâtre (21 octobre 1888). Adhérences nombreuses et saignantes au petit bassin. Il occupait le côté gauche. — *Guérison*.

XVIII. — M. G..., 50 ans (D^r Richardière), début 18 mois. Kyste gélatineux rompu dans le péritoine avec péritonite aiguë. Difficulté de l'extirpation. Issue des intestins en totalité. Lavage du péritoine. Pédicule du côté gauche. Paralyse intestinale pendant huit jours. — *Opération* (20 octobre 1886). — *Guérison*.

XIX. — M. C..., 47 ans (D^r Cagnat), début huit mois. Kyste uniloculaire à parois épaisses contenant 7 litres de liquide. Adhérences à l'utérus et au bassin, du côté gauche. *Opération* (24 octobre 1888). — *Guérison*.

XX. — M. L..., 43 ans (D^r Wast), début trois ans. Kyste multiloculaire à contenu gélatineux, adhérences à l'épiploon, résection de cet organe. Occupait le côté gauche. — *Opération* (30 octobre 1888). — *Guérison*.

XXI. — M. B..., 47 ans (D^r Forferth), début quatre mois. Accidents péritoniens graves en juillet 1888. Kyste multiloculaire à grande poche avec liquide suppuré et pédicule tordu. Adhérences totales à l'épiploon, à l'intestin, à l'utérus et au petit bassin. Drainage après lavage du péritoine. — *Opération* (10 novembre 1888). — *Guérison*.

XXII. — M. H..., 52 ans (D^r Wast), début six ans. Kyste multiloculaire de 4 kilogrammes avec dix litres de liquide. Adhérences totales à la paroi abdominale antérieure. — *Opération* (17 novembre 1888). — *Guérison*.

XXIII. — M. L..., 50 ans. Développement rapide. Kyste multiloculaire du poids de 5 kilogrammes avec 6 litres de liquide. Adhérences totales avec l'utérus. Pédicule à gauche. — *Opération* (19 novembre 1888). — *Guérison*.

XXIV. — M. P..., 26 ans (D^r Guerlin), début quatre ans et demi. Une ponction en 1884. Kyste multiloculaire avec kyste secondaire et quatre litres de liquide à gauche. Ovaire droit, kystique enlevé. Pas d'adhérences. — *Opération* (22 novembre 1888). — *Guérison*.

XXV. — M. F..., 28 ans (D^r Leboucher), début cinq ans. Gêne de la respiration. Une ponction de 10 litres il y a un an. Kyste multiloculaire avec grandes poches et huit litres de liquide. Adhérences à l'épiploon et à la paroi abdominale, tenant de l'ovaire gauche. — *Opération* (24 novembre 1888). — *Guérison*.

XXVI. — M. P..., 59 ans, début 3 ans. Kyste multiloculaire de un kilogramme avec dix litres de liquide du côté gauche. Adhérences épiploïques. Pédicules volumineux. — *Opération* (1^{er} décembre 1888). — *Guérison*.

XXVII. — M^{me} H..., 45 ans (D^r Plateau), début 16 mois. Kyste à grandes poches de 1 kilogramme avec 12 litres de liquide filant développé du côté gauche. Adhérences épiploïques nombreuses. — *Opération* (4 décembre 1888). — *Guérison*.

XXIII. — M^{me} B..., 34 ans (D^r Herbet), début 18 mois. Deux ponctions de 16 à 18 litres. Kyste multiloculaire à grandes poches du poids de 3 kilogrammes avec 16 litres de liquide venant de l'ovaire gauche. Adhérences très résistantes avec la paroi abdominale, l'épiploon et le bassin. — *Opération* (18 décembre 1888). — *Guérison*.

XXIX. — M^{me} S..., 32 ans (D^r Belloir), début 4 ans. Amaigrissement rapide et douleurs violentes dans le ventre. Kyste multiloculaire à parois épaisses du poids de 2 kilogrammes avec 10 litres de liquide puriforme venant de l'ovaire droit. Nombreuses adhérences à l'épiploon. Pédicule volumineux. Ovaire gauche, kystique enlevé. — *Opération* (22 décembre 1888). — *Guérison*.

XXX. — M^{me} D..., 37 ans (D^r Budin), début 3 mois. Kyste multiloculaire à petites poches du poids de 3 kilogrammes, avec 2 litres de liquide du côté gauche, sans adhérences. Ovaire droit, kystique enlevé. — *Opération* (24 décembre 1888). — *Guérison*.

XXXI. — M^{me} H..., 37 ans (D^r Chaput), début 6 ans. Amaigrissement considérable. Difficulté de la défécation. (Edème des membres inférieurs. Deux kystes multiloculaires de chacun des ovaires de 8 kilogrammes chacun environ. Adhérences nombreuses. Un morceau est laissé dans l'abdomen et entretient une fistule jusqu'en avril 1889. — *Opération* (12 janvier 1889). — *Guérison*.

XXXII. — M^{me} L..., 30 ans. Début 1 an. Douleurs et amaigrissement. Kyste uniloculaire mortifié, pesant 500 grammes, avec 2 litres de liquide noirâtre. Adhérences totales à la paroi abdominale, à l'épiploon et aux parties voisines. Pédicule tordu du côté gauche. — *Opération* (19 janvier 1889). — *Guérison*.

XXXIII. — M^{lle} C..., 34 ans (L^r Bodin, de Tours), début 1 an. Péritonite grave par torsion du pédicule en août 1888. Deux kystes multiloculaires mortifiés contenant un liquide noirâtre et fixé dans le petit bassin. Adhérences totales aux parties voisines, à l'épiploon, à l'in-

testin, à l'utérus et à la vessie. Décortication pénible et longue. Drainage pendant 48 heures. — *Opération* (30 janvier 1889). — *Guérison*.

XXXIV. — M^{me} P..., 39 ans (D^r Bonnet), début 18 mois. Affaiblissement profond. Trois ponctions. Kyste multiloculaire de 5 kilogrammes avec 15 litres de liquide venant de l'ovaire gauche. Adhérences pariétales très étendues. — *Opération* (7 février 1889). — *Guérison*.

XXXV. — M^{me} C..., 36 ans (D^r Dreyfus), début 2 ans. Kyste multiloculaire gélatineux de 3 kilogrammes venant de l'ovaire gauche. Adhérences à la paroi abdominale. Ovaire droit, kystique enlevé. — *Opération* (11 février 1889). — *Guérison*.

Discussion.

M. TERRIER. Quand l'intestin se paralyse, c'est qu'il est enflammé. L'opinion d'Olshausen me paraît tout à fait fantaisiste. Ce n'est pas l'exposition des intestins qui les a paralysés chez la malade de M. Terrillon. L'enveloppement avec une serviette sèche qui, si elle était propre, n'était pas aseptique, me paraît devoir plutôt être incriminé.

Relativement à l'antisepsie intestinale, je dirai que toutes mes malades, devant subir la laparotomie, sont d'abord soumises au naphthol. Certes, on n'obtient jamais complètement l'antisepsie intestinale ; mais si on ne l'a pas absolue, on l'a relative. Pour les salpingites, c'est une précaution capitale.

M. TERRILLON. Je crois que l'antisepsie préliminaire de l'intestin est surtout bonne au point de vue du développement des gaz par la fermentation.

Élection d'un membre titulaire.

Nombre de votants, 29. — Majorité, 15.

Ont obtenu :

| | |
|--------------------|----------|
| MM. Brun, élu..... | 27 voix. |
| Marchand..... | 1 — |
| Piqué..... | 1 — |

En conséquence, M. BRUN est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

Présentation d'instruments.

Aiguille-crochet à sutures,

Par R. LARGER.

Il y a longtemps qu'on a cherché à réaliser ce desideratum de substituer un simple crochet aux aiguilles plus ou moins compliquées dont l'entretien et le nettoyage sont si malaisés.

Or, tous les crochets que l'on a construits dans ce but s'accrochent dans la peau au moment où on les retire armés du fil. C'est que ces aiguilles sont toutes munies d'un chas coupant et volumineux, de telle sorte que l'instrument s'arrête fatalement, au retour, dans les lèvres très rétractiles de la petite plaie du derme.

L'instrument que j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie consiste essentiellement en un poinçon conique muni, près de son extrémité, d'un simple épaulement dont le fil à suture comble la lumière. Il en résulte que l'aiguille pénètre dans la peau à la manière d'un instrument piquant et non tranchant, que les fibres élastiques du derme sont écartées, tunnelliées et non sectionnées, et que, grâce à la conicité de la tige, une voie lisse et régulière est frayée pour le retour du crochet peu saillant de l'aiguille.

Ce crochet est d'ailleurs placé sur la convexité de l'aiguille dont les courbures sont variables. Il en résulte que l'anse du fil est saisie très facilement et très solidement.

L'instrument, dans son ensemble, rappelle le crochet anglais dont se servent les dames.

J'ai pratiqué de nombreuses sutures sur la peau de presque toutes les régions du corps, et partout le jeu de l'instrument m'a paru satisfaisant. Le même crochet peut servir pour tous les calibres de fil généralement usités; seulement, lorsque celui-ci est trop fin, l'instrument frotte un peu au retrait, mais sans qu'on éprouve la moindre difficulté à le retirer.

Attelle à pédales mobiles de Bœckel,

Modifiée par L. DEFONTAINE.

L'attelle à pédale mobile de Bœckel est universellement connue et fort employée; mais la difficulté d'adapter la longueur de l'une d'elles à des membres de diverses tailles est le principal obstacle à son application dans bien des cas, malgré la position variable que l'on peut donner à la pédale.

Pour obvier à cet inconvénient, j'ai fait construire une attelle semblable dont la fourche dans laquelle se meut la pédale est très longue. Si on rapproche la pédale de la commissure de la fourche, l'attelle peut s'appliquer à un membre court. A-t-on affaire à un membre plus long, j'applique dans des rainures créées aux bords internes des branches de la fourche une pièce mobile, comblant la partie de la fourche qui est la plus éloignée de la pédale. Disposant de trois pièces de ce genre, différant entre elles de 5 centimètres, on a en réalité une attelle dont la longueur varie à volonté de 20 centimètres, selon que l'on emploie l'une ou l'autre des pièces mobiles ou que l'on utilise l'attelle seule; on est ainsi dispensé d'avoir une série d'attelles de longueurs variées, la même devenant applicable à toutes les tailles, sauf aux jeunes enfants.

La séance est levée à cinq heures.

Le Secrétaire annuel,
S. Pozzi.

Séance du 5 juin 1889.

Présidence de M. LE DENTU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

- 1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;
 - 2° Une lettre de remerciements de M. BRUN, nommé membre titulaire;
 - 3° Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique annonçant à la Société l'ordonnancement d'une somme de 500 francs, en échange de vingt exemplaires de ses publications;
 - 4° *Anévrysme traumatique de l'humérale volumineux et ancien*, par le D^r CELLIER (de Laval). (Commissaire : M. Trélat);
 - 5° *Compte rendu du service chirurgical de l'hôpital des enfants de Bucarest*, par le D^r F. ROMNICIANO, professeur et chirurgien en chef.
-

A propos de la correspondance.

M. TRÉLAT présente une observation d'anévrisme artériel de l'humérale traité par l'extirpation, par M. Cellier (de Laval).

Rapport

Sur une observation de mégalodactylie de l'annulaire droit, par le D^r TACHARD, médecin-major de l'armée.

Rapport par M. CHAUVEL.

Le cas intéressant dont M. Tachard nous a donné la relation et le dessin concerne une jeune Arabe de 12 ans. L'enfant paraissait bien conformée, et n'ayant ni chez ses parents ni chez ses frères et sœurs aucune difformité de même espèce, présentait un *doigt annulaire droit* d'un volume plus que double de celui de gauche, raide, mais sans ankylose, et cause de gêne dans les mouvements par l'impossibilité de sa flexion. En même temps, on rencontrait à la paume de la main, au-dessous du pli digito-palmar, un coussinet graisseux très développé. Au reste, la peau est normale, sensible, et le doigt hypertrophié donne à la palpation la sensation d'un lipome.

Quand l'ablation en eut été pratiquée, de même que celle du coussinet palmar, on put constater que la lésion consistait en une simple hypertrophie du tissu cellulo-graisseux sous-cutané, les nerfs, les tendons, les vaisseaux et les os présentant leur structure et leur développement normal. La cicatrisation fut rapide, mais la malade n'ayant pu être retrouvée, notre confrère ne sait ce qu'il est advenu définitivement.

Messieurs, je vous propose de remercier M. Tachard de nous avoir fait connaître cet exemple d'une malformation très rare, et de déposer honorablement son travail dans nos archives.

Rapport.

Observations de plaies pénétrantes de l'abdomen, par M. GUERT, médecin de 1^{re} classe de la marine.

Rapport par M. CHAUVEL.

Obs. I. — Une jeune fille de 16 ans est blessée à l'hypochondre droit par une balle de revolver de 16 millimètres. Appelé trois heures

après, notre confrère, par la situation de la plaie sous le rebord costal, d'après sa forme elliptique et ses biseaux en sens opposé, conclut à une lésion du foie. Bien que le coup fût tiré à bout portant, la balle n'est pas ressortie. Sans exploration, M. Guert ferme l'ouverture avec du collodion, applique des compresses froides, un bandage de corps, donne de l'opium, du bromure de potassium et du lait refroidi additionné de rhum.

Pas de réaction péritonique, pas de fièvre; zone de douleurs modérées autour de la plaie, mais douleurs en bretelle de l'épaule droite par accès paroxystiques pendant plus d'un mois, avec propagation à l'épaule gauche. Les souffrances disparaissent dans le cours de la cinquième semaine. En somme, la guérison n'est traversée que par deux accès pernicieux cédant aux injections de sulfate de quinine, et le quarantième jour elle est absolument complète.

Notre confrère pense que l'on pourrait poser en principe que les plaies pénétrantes du foie doivent être respectées. Si un abcès se forme plus tard, il sera ouvert à la Little.

Obs. II. — Un homme reçoit un coup de couteau dans le ventre, il fait deux kilomètres, tenant dans ses mains une anse intestinale herniée et blessée. La plaie qui lui donne issue, longue de dix centimètres, est à deux doigts au-dessous de l'ombilic, et croise la ligne blanche à quarante-cinq degrés. L'intestin grêle hernié présente deux sections, l'une d'un centimètre, l'autre de deux centimètres, intéressant toutes ses parois. Sutures de Lembert, réduction, suture abdominale; lait glacé, opium et bromure de potassium; glace sur le ventre.

Pas de réaction. Le quatrième jour, dans un effort de défécation, sueurs froides, lipothymie, signes d'une hémorrhagie interne et mort. A l'autopsie, épanchement de sang dans le ventre; déchirure considérable, *fraîche*, du grand épiploon; pas de péritonite. Les plaies intestinales étaient parfaitement réunies.

M. Guert s'accuse, en prolongeant l'administration de l'opium, qui durcit les selles, paralyse les muscles, sans abolir le besoin de la défécation, d'avoir amené ces efforts de garde-robe, qui ont déterminé, chez son blessé, un agrandissement de la déchirure épiploïque primitive, l'hémorrhagie et la mort. Il en conclut qu'il y a un *moment psychologique*, peut-être difficile à apprécier, où il faut remplacer l'opium par un purgatif doux, qui amène des selles sans danger pour la consolidation récente des lésions.

Messieurs, je n'ai rien à dire de la première observation. Notre confrère a vu guérir sa malade, je l'en félicite; mais de ce seul fait, conclure à la non-intervention dans tous les cas de coups de feu pénétrants du foie, c'est, à mon avis, exagérer la généralisation, et je me permets de rester sur la réserve.

Quant à la seconde observation, je ne comprends pas bien cet effort de garde-robe amenant une large déchirure de l'épiploon. Il

n'est pas question, dans la première partie de l'observation, de l'issuë, pas plus que de la section de cet organe. Est-ce un oubli ? Si l'épiploon était hernié et divisé, il eût été prudent de poser une ligature au catgut sur les bords de la plaie. Mais que l'hémorrhagie soit venue de l'agrandissement de cette plaie méconnue, je l'admets difficilement, et crois tout simplement qu'il y a eu par l'effort réouverture d'un vaisseau épiploïque momentanément obturé par un caillot sanguin.

En tout cas, l'indication était nette en présence de ces symptômes non douteux d'une hémorrhagie interne, et l'ouverture du ventre eût permis, peut-être, de tarir la source de l'écoulement sanguin. Je regrette qu'elle n'ait pas été tentée, si elle était possible ; notre confrère de la marine eût de ce chef rencontré, sans doute, un succès bien mérité. Comme lui, je crois que l'opium ne doit pas être donné trop longtemps, même dans les plaies intestinales ; mais l'accuser d'un excès au troisième jour est contraire à l'observation journalière. Beaucoup pensent qu'il est bien trop tôt à ce moment pour provoquer une débâcle intestinale qu'on ne saurait toujours diriger et modérer à son gré.

Messieurs, je vous propose d'adresser des remerciements à M. Guert pour son intéressante communication, et de déposer son travail dans nos archives.

Communication.

Sur le traitement électrique des fibromes utérins,

Par les D^{rs} L.-CHAMPIONNIÈRE et DANION.

Depuis quelques années, le traitement des corps fibreux par l'électricité a beaucoup occupé les chirurgiens de tous pays, et les opinions sur l'excellence de cette méthode de traitement ont beaucoup varié. Les uns l'ont présentée comme une panacée et comme un traitement radical.

Selon leur dire, les corps fibreux utérins les plus durs disparaissent comme par enchantement sous l'influence de l'électrolyse.

On peut en quelque sorte, sans choix, l'appliquer à toutes les tumeurs fibreuses, et pourvu qu'on atteigne de très hautes intensités, 150 à 200 milli-ampères, on les fait disparaître, et cela sans danger aucun. N'avons-nous pas vu récemment que MM. Keith (d'Edimbourg), qui comptent parmi les laparotomistes les plus heureux, admettent qu'avec le traitement électrique les opérations dirigées contre ces corps fibreux deviennent inutiles.

Beaucoup d'observateurs qui ont étudié de près les faits n'ayant

pas rencontré ces succès extraordinaires, cette innocuité si surprenante, ont carrément rejeté la méthode, et dans les cas où les traitements médicaux échouent, sont résolument revenus à la chirurgie, qui seule assure des résultats définitifs.

Nous pensons depuis longtemps que la grande exagération des électriciens a fait rejeter à tort une méthode thérapeutique efficace et peu dangereuse. Cette méthode paraît agir contre les corps fibreux utérins mieux qu'aucune des méthodes médicales que nous employons encore, et nous avons entrepris une série d'expériences pour rechercher les conditions de cette efficacité. Pour le faire, il fallait pouvoir choisir entre beaucoup de sujets ceux qui sont propres à cette étude, il fallait écarter ceux qui sont justiciables de la chirurgie et les comparer avec ceux-ci, il fallait enfin les traiter avec la compétence d'un spécialiste. C'est pour cela que M. Danion et moi nous nous sommes réunis et depuis le mois de novembre dernier avons procédé à ce travail dans mon service de l'hôpital Saint-Louis.

Ce sont ces résultats que nous vous exposons aujourd'hui.

Bien que nous soyons encore au début de cette expérience, nous avons déjà d'assez bons résultats pour vous signaler nos sept premières observations et y joindre le résumé très succinct de quatre autres observations plus récentes. Nous voulons aussi prendre date pour pouvoir vous tenir au courant de ces études et vous dire dans quelle mesure persistent les résultats obtenus.

Voici d'abord, selon nous, comment la question peut être posée. Le traitement chirurgical, l'opération est la seule intervention qui mérite absolument la dénomination de radicale. Aussi quand, chez une femme jeune, des corps fibreux déterminent des accidents sérieux, douleurs ou hémorrhagies, le véritable traitement, c'est l'ablation des ovaires. Si le corps fibreux est très gros, c'est l'hystérectomie ou l'ablation des ovaires, suivant les circonstances qui se peuvent présenter.

Mais, en dehors de ces conditions, il y a bien des cas où on doit souhaiter une autre intervention.

Femmes d'âge rapproché de celui de la ménopause.

Femmes présentant des accidents de médiocre intensité sans grande augmentation du volume des tumeurs.

Femmes inopérables avec fibromes surtout mous.

Ce sont des corps de ce genre qui ont été l'objet de nos tentatives, et nous dirons immédiatement qu'elles ont été heureuses.

Nous avons pris onze observations et sept complètes, dont deux remontent déjà à huit mois et demi et sept mois et demi environ.

Nous voulons attirer votre attention sur les points suivants :

1^o Résultats obtenus relativement aux symptômes ;

2° Résultats obtenus relativement au volume ;

3° Modes des soins donnés ;

4° Avantages et inconvénients des intensités électriques diverses ;

5° Valeur de la méthode au point de vue de la cure radicale.

a. Les résultats symptomatiques sont très frappants d'abord en ce qui concerne les métrorrhagies. On les voit rapidement disparaître et très rapidement l'état général en est amélioré. Dans deux de nos observations en particulier, ces phénomènes ont été très marqués.

Cela se voit non seulement chez les femmes atteintes d'hémorrhagies vraies, mais aussi chez des femmes qui ont des ménorrhagies et chez lesquelles les règles se régularisent avec diminution de la douleur.

La disparition de la douleur est un des résultats des plus constants, surtout pour les douleurs ressenties dans la marche, dans la station debout. Une de nos malades était tout heureuse de nous faire remarquer qu'une douleur fixe dans le côté avait complètement disparu.

Le sentiment de pesanteur qui accompagne presque toujours les corps fibreux est singulièrement modifié. Presque toutes les femmes vous disent au bout de trois ou quatre séances qu'elles se sentent plus légères, que la marche est plus facile.

En même temps le volume du ventre diminue ; plusieurs femmes nous ont dit pouvoir se serrer un peu plus, reprendre de la taille.

Enfin une femmo qui perdait du liquide très notablement dans l'intervalle des règles nous a dit n'en plus perdre.

Pour toutes ces malades, surtout pour celles qui avaient des pertes sanguines, l'état général s'est rapidement amélioré, les forces sont revenues, l'appétit a reparu. Bref, l'amélioration a été très grande et la première impression a été excellente pour toutes ces malades. Il est très remarquable que cette amélioration ait été très rapide, et pour toutes nos observations, dès la troisième ou la quatrième séance, les patientes l'accusaient déjà très nettement.

b. Pour le volume des tumeurs, la première impression est qu'elles diminuent beaucoup. Et cette diminution est si rapide qu'il est impossible d'admettre une disparition réelle du fibrome. Dans cette diminution, il faut compter la décongestion de la tumeur, la décongestion des parties périphériques, l'affaissement des intestins où la circulation se fait mieux. Peut-être peut-on aussi admettre la disparition d'exsudats inflammatoires périphériques, mais ceci reste problématique.

Mais cette diminution de volume est évidente si on touche attentivement les malades ; on trouve de grosses bosselures effacées, des déviations disparues ; le col, difficile à atteindre, marqué d'abord

par quelques grosses tumeurs, revient prendre sa place au centre. Il n'y a donc aucun doute à avoir sur ce résultat. Cela veut-il dire que le corps fibreux fonde et disparaisse, comme on l'a affirmé. Ce paraît être une exagération singulière, car si on abandonne la malade à elle-même, le fibrome tend aussitôt à reprendre son volume primitif, et sauf quelques cas très particuliers, la disparition complète du fibrome ne saurait être définitive.

Du reste, il suffit de bien connaître la structure des fibromes et de réfléchir un peu pour juger combien cette disparition définitive doit être difficile. Il suffit aussi de connaître les fibromes et les malades à fibromes pour apprécier la facilité avec laquelle on peut être victime d'illusions de cette sorte.

Tout ce qu'on peut dire pour cette disparition définitive des fibromes, c'est qu'on indique parfaitement certaines conditions où elles peuvent être exceptionnellement obtenues.

c. Le mode suivant lequel, avec M. Danion, nous avons appliqué l'électricité diffère très notablement de celui recommandé par le Dr Apostoli.

Comme excitateur utérin, nous nous sommes servi d'olives ou d'index en platine portés sur une tige isolée, suffisamment malléable, pour pouvoir lui donner une courbure souvent nécessaire, pour pouvoir pénétrer dans la cavité du col ou dans la cavité utérine.

Comme électrode, nous avons employé à peu près indistinctement une large électrode en étain recouverte d'amadou et de peau de chamois, ou un gâteau de terre glaise; ce dernier est incontestablement l'électrode de choix lorsqu'on élève les intensités.

Toutes les batteries sont bonnes, pourvu qu'elles puissent donner les intensités voulues.

Tous les galvanomètres sont bons, pourvu qu'ils soient milliampérés jusqu'à 80 ou 100 divisions, et qu'ils soient précis.

d. En premier lieu, les intensités n'ont jamais dépassé 60 à 65 m. a. et ont oscillé entre 45 et 55. La durée des séances a varié de quatre à cinq jusqu'à neuf ou dix minutes. Les résultats obtenus par ces intensités montrent qu'il est inutile de porter les doses à 120, 150 ou 200 m. a., car il est certainement impossible d'obtenir en moins de temps de meilleurs résultats que ceux qui ont été enregistrés dans nos observations, et notamment dans les première et deuxième. On évite de cette manière les effets fâcheux auxquels exposent (quoi qu'on en dise) les hautes intensités contre l'utilité desquelles s'élèvent aujourd'hui un grand nombre de praticiens. Toutefois, il sera peut-être utile de porter les intensités plus loin chez les malades des observations V et VI, dont les fibromes sont

volumineux et durs, de même que dans les cas analogues, et de leur faire atteindre 80 ou 90 m. a.

Les intensités, lorsqu'elles ne dépassent pas celles que nous avons employées, sont absolument inoffensives.

Les femmes ont pu être soignées sans inconvénient à la salle de consultation, et retourner ensuite à leur domicile, qui, pour quelques-unes, est fort éloigné. Toutefois, la complication survenue chez la malade de notre observation III, bien qu'elle n'ait pas été la conséquence directe du traitement, puisqu'elle avait pu reprendre un travail actif à la suite des symptômes congestifs; cette complication, disons-nous, n'en montre pas moins que le traitement, même lorsqu'il est modéré, peut prédisposer aux accidents.

S'il semble plus rationnel de porter l'action voltaïque dans la cavité utérine, la pratique montre qu'il est assez indifférent d'agir de cette manière ou de se borner à un action intra-cervicale.

Une pratique qui est beaucoup plus importante et qui forme en quelque sorte la caractéristique du traitement que nous avons employé (à tel point que, combinée avec les intensités modérées et leur localisation dans le col de la matrice, elle constitue une véritable méthode de traitement) consiste dans le renversement du courant. Nous considérons ce renversement comme ayant une importance capitale, et on peut quelquefois en constater les effets immédiatement. L'application doit toujours commencer par le pôle positif.

En somme, nous avons employé des intensités relativement faibles qui nous ont paru habituellement suffisantes, et toutes les fois que nous avons voulu monter un peu, les femmes se sont plaintes assez vivement pour que nous ayons pu apprécier que les grandes intensités sont mal supportées. Nous sommes même en mesure d'affirmer qu'en certains cas elles sont dangereuses.

e. Quelle est la valeur de la méthode au point de vue de la cure radicale ?

C'est là une étude bien nécessaire, car on pourrait conclure aisément de tout ce que nous avons dit précédemment que ce traitement donne tout ce que l'on peut souhaiter aux femmes atteintes de fibromes, et qu'il est bien inutile d'en chercher un autre plus difficile ou plus dangereux.

Il faut bien remarquer que le grand mérite de ce traitement c'est d'atténuer les symptômes. Ce résultat du reste n'est obtenu que progressivement; par conséquent le traitement doit être prolongé.

Il est fastidieux, demande beaucoup de patience de la part de la malade et du médecin.

Enfin et fatalement, ce résultat ne tiendra que s'il est entretenu, c'est-à-dire qu'il faudra y revenir, ne pas l'interrompre com-

plètement. En réalité, il ne fait pas disparaître le fibrome, mais il en diminue beaucoup les inconvénients, et cela sans danger.

On conçoit très bien ce mode d'action quand on voit les résultats extraordinaires de l'involution utérine après l'accouchement, ou l'action des eaux chlorurées de Salies et de Salins. Certains fibromes en sont masqués pour des années.

Le cas où l'influence de l'électricité peut vraiment être radicale, c'est celui où les sujets ne sont pas très éloignés de la ménopause, à une époque où les congestions irrégulières donnent quelquefois un coup de fouet très redoutable au corps fibreux.

Ces conditions paraissent tout particulièrement favorables pour l'application de l'électricité, et nous avons absolument le droit d'espérer que, dans ces cas, l'électricité prépare le retrait définitif du corps fibreux, terme attendu par toutes les patientes au milieu de souffrances variées.

Dans nos observations, certaines femmes sont dans ces conditions et nous donnent le meilleur espoir. Celle de notre première observation a même cessé de voir complètement depuis plus de trois mois.

Nous inclinons à penser qu'en combinant ce traitement avec l'emploi des eaux chlorurées, on aurait les résultats les plus remarquables.

En somme, quelque récentes que soient nos recherches, nous sommes déjà en droit de conclure qu'on aurait tort de négliger ce moyen extrêmement puissant, qu'il peut donner d'excellents résultats dans les cas où la chirurgie est impuissante ou insuffisante.

Avec des intensités électriques modérées, on obtient tous les résultats que l'on recherche avec les grandes intensités, et cela sans les inconvénients de ces grandes intensités.

Enfin, sans faire des promesses, évidemment exagérées, qui ont été faites avec cette méthode, on peut assurer des guérisons symptomatiques des plus satisfaisantes, et sans doute des guérisons définitives en se plaçant dans certaines conditions favorables.

Ajoutons que, pour des cas douteux, l'électricité peut être employée sans crainte, et si elle échoue, on la fait suivre de l'ablation des annexes. Nous avons eu l'occasion d'agir ainsi et de nous trouver très bien de cette manière de faire.

Obs. I. — M^{me} Fogt, 47 ans, se présente à la consultation de M. Championnière le 4 novembre. Il y a quinze ans, douleurs sourdes s'irradiant dans les reins et revenant de temps à autre ; règles régulières, sauf quelques retards. Il y a plusieurs années que la station debout occasionne des douleurs violentes dans les reins. Il y a trois mois, les règles sont devenues plus abondantes. Il s'est produit, en outre, une

grande perte. Actuellement sensation de tiraillement très douloureux du ventre rendant la marche pénible et tout travail impossible. Affaiblissement; état général mauvais. Depuis longtemps déjà insomnie, perte de l'appétit.

Diagnostic. — Fibrome utérin volumineux, développé surtout aux dépens de la paroi latérale gauche et du fond de la matrice du même côté; latéro version droite. Le col remonte en haut et à gauche et ne peut être circonscrit. Il est largement ouvert, saigne très facilement lorsqu'on exerce sur lui des manœuvres même légères. Il est fortement tuméfié. La matrice est immobile. L'hystérométrie est impossible, ou ne le serait peut-être qu'à condition d'exercer des violences considérées comme inutiles.

1^{re} galvanisation, le 7 novembre. Olive métallique intra-cervicale; électrode négative abdominale. I. 30 m. a. pendant trois minutes, et 15 m. a. pendant cinq autres minutes.

Le 10 novembre. Amélioration immédiate de l'état général; le sommeil est bon, ainsi que l'appétit (l'un et l'autre, il ne faut pas l'oublier, faisaient complètement défaut).

2^e galvanisation positive. 30 m. a., quatre minutes; 15 m. a., trois minutes en renversant le courant.

Le 14 novembre. État satisfaisant; selon l'expression de la malade, *le ventre est plus tranquille*; les tiraillements ont diminué, la force est plus grande.

N. B. — Il y a eu des douleurs inaccoutumées dans les reins le jour du traitement et le lendemain.

3^e galvanisation. + 40 m. a., deux minutes, et — 20 m. a., deux minutes.

Le 21 novembre. Les règles sont venues normalement, sans perte. Le sang, qui était noir antérieurement, était rouge. Les douleurs des reins ont été moins violentes, mais il y a eu des tiraillements pénibles du ventre.

4^e galvanisation. + 40 m. a., trois minutes; + 30 m. a., deux minutes; renversement — 20 m. a., cinq minutes.

Le 24. Amélioration très marquée. Pas de changement anatomique appréciable; cependant l'hystérométrie peut être pratiquée: prof. 9, + 50 m. a., trois minutes; + 30 m. a., trois autres minutes. Pas de renversement.

Le 27. Amélioration persistante. La malade trouve que son ventre a diminué dans des proportions considérables, et qu'elle flotte dans ses vêtements; + 55 m. a., cinq minutes; renversement — 45, trois minutes.

Le 4 décembre. + 60 m. a., quatre minutes; renversement — 50, une minute, et — 40, deux autres minutes.

Le 15 décembre. Les règles sont venues le 5 décembre sans douleurs aucunes; le mal de reins lui-même, qui était habituel, a disparu. Le sang, peu abondant au début, l'a été davantage les derniers jours. Actuellement aucune douleur, quelques légers picotements par instants. La malade déclare que, depuis quinze ans, elle n'avait eu ni un som-

meil ni un appétit aussi bons. État général parfait. + 55 m. a., cinq minutes.

Le 18 décembre. + 50 m. a., cinq minutes; — 30 m. a., deux minutes.

Le 22 décembre. Même traitement. Amélioration locale très marquée.

Le 25 décembre. Les galvanisations, qui avaient été faites jusque-là dans la cavité du col, seront faites désormais dans la cavité utérine, devenue très facilement accessible. + 50 m. a., sept minutes.

Le 29 décembre. Douleurs du ventre plus ou moins générales. La matrice est devenue très mobile, le col peut être facilement circonscrit; les culs-de-sac sont complètement dégagés, le col tend à se porter au centre. + 50 m. a., cinq minutes; — 40 m. a., deux minutes.

Le 7 janvier. L'état local et l'état général sont parfaits. La malade a repris ses occupations ordinaires.

Le 15. + 50 m. a., trois minutes.

Le 19. + 60 m. a., une minute, et + 50 m. a., cinq autres minutes.

Le 22. Léger engorgement utérin. + 60 m. a., cinq minutes; renversement — 40 m. a., deux minutes.

Le 26. + 50 m. a., cinq minutes; — 30 m. a., deux minutes.

Le 29. État parfait. Profondeur utérine, 7 1/4; + 60 m. a., quatre minutes.

Le 2 février. + 60 m. a., cinq minutes; renversé à — 40 m. a., deux minutes.

Le 19. La matrice a une légère tendance à reprendre sa position primitive de *latera version droite*; + 50 m. a., cinq minutes.

Le 26. État excellent. + 40 m. a., cinq minutes.

Le 9 mars. *Id.* + 45 m. a., cinq minutes.

Les 16, 23 et 30 mars. + 45 m. a., 5 minutes avec renversements.

Le 9 avril. A eu ses règles normales. Quelques douleurs de ventre. État local très bon. + 45 m. a., cinq minutes; — 30 m. a., trois minutes.

Le 16 avril. État local et état général parfaits. La malade se considère comme complètement guérie. + 45 m. a., cinq minutes; — 30 m. a., trois minutes. — *Total, 26 séances.* — La malade a subi depuis cette époque jusqu'aujourd'hui, 20 juin, 3 séances avec renversements. État local et général parfaits.

Obs. II. — M^{me} Balzard, 45 ans, se présente à la consultation de M. Championnière le 27 novembre 1888. Début de l'affection, 19 ans environ, par des douleurs de ventre. Depuis cette époque, n'a jamais cessé d'en ressentir, surtout à la suite du coït. Règles régulières abondantes. Depuis longtemps, tous les symptômes douloureux se sont aggravés, et la vie même modérément active est devenue impossible. Grande lassitude des membres inférieurs. Sensation (d'aspersion d'eau froide interne) du côté du membre gauche avec fourmillements et vives douleurs.

Diagnostic. — Fibrome de la paroi latéro-antérieure gauche, avec en gorgement de toute la région péri-utérine gauche. Prof. 8 1/2 + trait intra-cervical.

1^{re} galvanisation. + 30 m. a., cinq minutes; renversement — 25 m. a., deux minutes.

Le 4 décembre. Même séance.

Le 8 décembre. Quelques douleurs et coliques le jour de l'électrisation précédente. La malade accuse déjà une amélioration symptomatique très nette. + 40 m. a., cinq minutes; — 25 m. a., une minute.

Le 11 décembre. Quelques douleurs dans le flanc gauche à la suite de l'électrisation. Marche meilleure. L'engourdissement du membre inférieur a presque disparu. Le sommeil et l'appétit sont bons. + 40 m. a., six minutes.

Le 22 décembre. A la suite d'un bain pris le 13, la malade a perdu une grande quantité de liquide jaune rosé sanguinolent. Règles le 15. Légères coliques; elles durent cinq à six jours. A fait, le dimanche précédent, une longue marche sans fatigue. Légères douleurs dans le côté gauche. Bon appétit. + 40 m. a. pendant cinq à six minutes.

Le 25 décembre. + 60 m. a., sept minutes.

Le 29 décembre. Légères douleurs abdominales. Diminution marquée de la tumeur. + 50 m. a., quatre minutes; — 60 m. a., une minute.

Le 8 janvier. + 50 m. a., sept minutes. État très satisfaisant.

Les 15 et 22. Même traitement avec renversements.

Le 26. + 50 m. a., cinq minutes; renversement — 40 m. a., deux minutes.

Le 29. État extrêmement satisfaisant. Prof. 7. + 55 m. a., quatre minutes; renversement — 40 m. a., deux minutes.

Le 12 février. Les règles ont duré douze jours, fortes pendant cinq jours, faibles le reste du temps. Douleurs plus vives que de coutume au moment des règles. Actuellement état satisfaisant, sauf quelques tiraillements obligeant la malade à s'asseoir. La douleur du membre inférieur a disparu. État général parfait. + 50 m. a., cinq minutes.

Le 16. + 50 m. a., cinq minutes, et — 30 m. a., deux minutes. État excellent.

Le 19. A dansé le dimanche précédent. + 45 m. a., cinq minutes; — 30 m. a., deux minutes.

Le 26. État parfait de la matrice. + 40 m. a., six minutes; — 20 m. a., deux minutes.

Le 16 mars. Quelques douleurs dans la hanche gauche. État local et état général parfaits. + 40 m. a., six minutes; — 20 m. a., trois minutes.

Jusqu'au 16 avril, la malade a fait 5 séances d'électricité dans les conditions précédentes. A cette époque, l'état local est un peu moins bon; l'état symptomatique et l'état général sont très bons. + 50 m. a., cinq minutes. — Total, 21 séances. Depuis cette époque jusqu'à aujourd'hui, 20 juin, j'ai fait 7 séances avec renversements. État parfait.

Obs. III. — M^{me} Ribémont se présente à la consultation de M. Lucas-Championnière le 22 décembre 1888. Le début de l'affection remonte à environ six ans. A ressenti à cette époque des pesanteurs dans le

bas-ventre. Règles toutes les trois semaines; mais, il y a environ sept mois, elles apparurent tous les quinze jours, avec une durée de huit jours. Vient d'avoir une perte qui a débuté le 17 novembre pour finir le 17 décembre. N'a jamais cessé de travailler jusqu'à l'époque de la perte. Douleurs continues des reins et du ventre, surtout à gauche. Ne peut marcher sans soutenir son ventre, tant les douleurs sont grandes. Perd des caillots depuis sept mois avec des douleurs intenses. Hystérométrie, 13 à 14.

Diagnostic. — Tumeur fibreuse volumineuse développée sur la paroi antérieure et faisant une saillie très prononcée et nettement arrondie. + 40 m. a., six minutes (traitement intra-cervical).

Le 15. État excellent. + 50 m. a., quatre minutes.

Le 19. *Id.* + 65 m. a., deux minutes; — 55 m. a., trois minutes.

Les 22 et 26. + 55 m. a., avec renversement de — 30 m. a. pendant deux minutes.

Le 29. État parfait. Hystérométrie, 12. Léger écoulement de sang. + 75 m. a., quatre minutes; renversement — 40 m. a., deux minutes.

Le 9 février. Perte de neuf jours à la suite de la séance précédente, ou peut-être de l'hystérométrie. Actuellement douleurs considérables de la matrice, surtout à gauche. + 40 m. a., quatre minutes.

Le 12 février. La malade a continué à travailler et à crier, malgré ses douleurs; elles se sont aggravées. Douleurs de plus en plus vives. Pas de traitement. Elle rentre chez elle et s'alite le 26 février. S'était levée au bout de deux ou trois jours, avait repris son travail en dépit de très vives douleurs. La veille du 26, frissons, fièvre, perte abondante avec caillots. Repos absolu; frictions mercurielles (pelvi-péritonite légère).

Le 8 mars. État satisfaisant. La malade reviendra suivre son traitement dans quelques jours.

Le 29 mars. Reprise du traitement. L'état local et l'état général sont bons, bien meilleurs qu'avant le traitement. + 40 m. a., cinq minutes, et — 25 m. a., deux minutes.

Le 2 avril. État local et général très satisfaisants. La tumeur a manifestement diminué de volume. La malade trouve que son ventre *est tombé*. + 50 m. a., cinq minutes, et — 30 m. a., deux minutes.

Le 6. Même traitement.

Le 9. État symptomatique parfait; anatomiquement régression du fibrome très marquée. La malade se considère comme guérie, mais a cessé de travailler. + 50 m. a., 5 minutes, et 25 m. a., deux minutes.

Le 13. + 50 m. a., six minutes; — 25 m. a., deux minutes.

Le 16. La matrice est plus volumineuse; les règles sont attendues dans deux jours. + 40 m. a., quatre minutes. État très bon. — *Total, 14 séances.* Jusqu'au 18 mai, 5 nouvelles séances; à cette dernière époque, état symptomatique parfait. Régression marquée. La malade reprend un travail suivi qui l'empêche de continuer ses séances.

OBS. IV. — M^{me} Pierson, 44 ans, se présente à la consultation de M. L.-Championnière le 25 décembre 1888. Début incertain; il y a

deux ans que la malade s'est mise au repos absolu et qu'il lui a été impossible de se livrer à aucun travail. Sitôt le moindre travail, le ventre se gonfle, et il se produit de vives douleurs dans le bas-ventre; la marche est impossible. Règles tous les vingt jours. Elles durent huit jours, dont trois ou quatre jours avec impossibilité absolue de se lever, tant les souffrances sont grandes. Au dire de M^{me} Pierson, son existence est un véritable martyre. Hystérométrie, 9 1/2. Empatement considérable du flanc gauche.

Diagnostic. — Fibrome développé aux dépens du fond de la paroi postérieure et latérale gauche, en un mot du segment postéro-latéral gauche. La matrice est extrêmement volumineuse et immobile. + 40 m. a., trois minutes (olive intra-cervicale).

Le 29 décembre. La malade s'est sentie bien soulagée. + 50 m. a., cinq minutes (olive intra-cervicale).

Le 7 janvier. Les règles sont venues, moins longues et moins abondantes. A dû se reposer quatre jours comme antérieurement, mais avec moins de douleurs. Actuellement état satisfaisant. + 50 m. a. pendant sept minutes.

Le 11. A éprouvé les mêmes douleurs qu'anciennement. S'est fatiguée beaucoup. + 50 m. a., deux minutes, et + 30 à 35 m. a., cinq autres minutes.

Le 15. Douleurs vagues. + 50 m. a., six minutes; — 30 m. a., trois minutes.

Le 19. Les douleurs persistent; elles sont mal définies; cependant elles s'accusent davantage sur le côté gauche. + 60 m. a., une minute; + 50 m. a., cinq autres minutes.

Le 22. Amélioration sensible. + 60 m. a., cinq minutes, et — 40 m. a., deux autres minutes.

Le 26. Amélioration persistante. Les règles attendues sont un peu en retard. + 50 m. a., quatre minutes.

Le 2 février. Les règles ont été extrêmement abondantes. Hémorrhagie par le rectum; ce symptôme s'était déjà produit il y a trois ou quatre ans. A dû rester couchée quatre jours. Injection d'eau bouillante, lavements. Actuellement se trouve bien. + 50 m. a., cinq minutes; — 30 m. a., deux minutes.

Le 9. + 50 m. a., six minutes, et — 25 m. a., deux minutes. L'état est excellent; localement, l'amélioration est considérable; on ne sent plus l'empatement du flanc gauche. La matrice est encore volumineuse.

Le 16. + 50 m. a., cinq minutes, et — 25 m. a., deux minutes.

Le 19. État excellent; localement, l'amélioration continue. Les pertes rectales ont disparu. + 50 m. a., cinq minutes; — 25 m. a., deux minutes.

Le 26. *Id.*

Le 8 mars. Pertes en blanc et rosées; sauf ces pertes et des douleurs de reins, l'état est parfait. + 55 m. a., quatre minutes; — 30 m. a., deux minutes.

Le 12. *Id.*

Le 16. État parfait, sauf quelques douleurs de reins. D'après l'expression de la malade, *elle se sent revivre*. Même traitement.

Le 26. A eu ses règles très abondamment. État médiocre. + 50 m. a., cinq minutes, et — 30 m. a., deux minutes.

Le 2 avril. A eu de très vives douleurs pendant trois jours, avec légère perte de sang. Séance douloureuse, quoique ne dépassant pas 35 m. a. pendant cinq minutes.

Le 6. Ressent de nouveau de vives douleurs dans le ventre. + 45 m. a., cinq minutes.

Le 9. L'état primitif est reconstitué : perte d'appétit, anéantissement général. Localement, amélioration sensible. + 50 m. a., cinq minutes.

Le 13. Douleurs persistantes. État de faiblesse considérable ; état général médiocre. Douleurs d'engourdissement. La malade est obligée de se tenir complètement immobile pendant la nuit. L'état local est toujours meilleur ; les symptômes semblent exclusivement nerveux. + 60 m. a., six minutes ; — 30 m. a., deux minutes. — *Total, 21 séances.* La malade, depuis cette époque jusqu'au 28 mai, a été électrisée 4 fois. Les souffrances persistent, mais l'état local reste amélioré.

Obs. V. — M^{me} G..., 27 ans et demi, se présente à la consultation de M. L.-Championnière, le 19 janvier. Début apparent au mois de juin 1888. Douleurs antérieures de temps à autre. Règles irrégulières ; retard de huit semaines au mois de juillet. Ce qui préoccupe le plus la malade, c'est une douleur vive du côté gauche. Immobilité absolue de la matrice. Hystérométrie impossible.

Diagnostic. — Tumeur fibreuse volumineuse occupant tout le petit bassin ; on sent un petit lobe indépendant, de la grosseur d'un œuf de pigeon, à droite, à l'insertion du col. Latéroversion droite ; antéflexion marquée. Immobilité absolue de la matrice.

Le 22 janvier. 1^{re} séance : + 40 m. a., 2 minutes ; + 30 m. a., deux autres minutes (olive intracervicale).

N. B. — Le ventre diminue séance tenante ; la matrice se mobilise.

Le 26 janvier. État satisfaisant ; état local légèrement modifié. + 55 m. a., quatre minutes ; renversement — 40 m. a., deux minutes.

Le 2 février. Pertes sanguinolentes, intermittentes. Les règles sont en retard depuis le 27. La malade se trouve améliorée ; la douleur du côté gauche a disparu. Pas de pesanteur dans le bas-ventre. Ventre moins tendu et moins gros, d'après l'avis de la malade. + 55 m. a., cinq minutes ; — 40 m. a., deux minutes.

Le 9 février. État très satisfaisant. La matrice est devenue mobile. La tumeur semble légèrement diminuée. + 40 m. a., six minutes ; — 25 m. a., trois minutes.

Le 16. *Id.*

Le 19. Pas de changement anatomique appréciable. État symptomatique excellent. + 50 m. a., six minutes ; — 30 m. a., deux minutes.

Le 23. État local meilleur. + 50 m. a., trois minutes ; — 30 m. a., deux minutes.

Les 26 février, 5 mars et 8 mars. Même traitement.

Le 16. État excellent ; règles en retard. + 40 m. a., quatre minutes ; — 20 m. a., deux minutes.

Les 19 et 23. + 50 m. a., cinq minutes, et — 30 m. a., deux minutes.

Le 2 avril. Les règles sont venues sans douleurs, se sont passées normalement ; actuellement, quelques douleurs dans le côté gauche. État local bien meilleur ; le ventre est complètement tombé. + 50 m. a., cinq minutes ; — 30 m. a., quatre minutes.

Le 6. Même traitement.

Le 9. La matrice est devenue mobile ; le col est dans l'axe vaginal avec moins d'antéflexion ; la matrice est considérablement diminuée. + 55 m. a., cinq minutes ; — 30 m. a., trois minutes.

Le 13 avril. La mobilité de l'utérus augmente, son volume diminue. État symptomatique absolument parfait. + 50 m. a., 7 minutes ; — 30 m. a., trois minutes.

Le 16. La malade avait ses règles en venant à la consultation ; elles sont de deux jours en avance. Pas de douleurs. — *Total, 17 séances.* Jusqu'au 21 mai, 6 nouvelles séances avec renversements. A cette dernière date, état parfait. Aucune douleur. Diminution notable du col dans la ligne médiane. Règles en retard. Elles sont venues depuis sans douleurs et l'état s'est maintenu excellent.

Obs. VI. — M^{me} F..., 31 ans, se présente à la consultation de M. Championnière, le 25 février. Début, 7 à 8 ans. Depuis fort longtemps, règles irrégulières. Il y a environ dix-huit mois, a commencé à avoir des règles irrégulières très abondantes. Douleurs générales de ventre, mais surtout à gauche. Douleurs de reins. Matrice absolument immobile.

Diagnostic. — Fibrome très volumineux développé surtout aux dépens du segment gauche. Hystérométrie impossible.

1^{re} galvanisation, le 26 février. + 30 m. a., six minutes.

Le 2 mars. + 40 m. a.

Le 5 mars. Les douleurs sont assez accentuées. + 35 m. a., six minutes ; — 20 m. a., deux minutes.

Le 8. + 50 m. a., cinq minutes ; — 30 m. a., deux minutes.

Le 12. Moins de douleurs. Même traitement.

Le 19. Les règles sont venues sans pertes, moins abondantes, sans douleurs ; actuellement, douleurs du côté gauche. + 50 m. a., sans renversement.

Le 26. État symptomatique bon. Pas de changements anatomiques appréciables. + 60 m. a., cinq minutes ; — 30 m. a., trois minutes.

Le 30. *Id.*

Le 2 avril. État symptomatique parfait ; état local meilleur ; le ventre a diminué, au dire de la malade, d'une manière notable ; cependant on ne sent qu'une très faible mobilité de la matrice. + 70 m. a., six minutes ; — 35 m. a., trois minutes.

Le 6. A eu des douleurs de ventre. + 50 m. a., cinq minutes ; — 25 m. a., deux minutes.

Le 9. État symptomatique très bon ; état local meilleur. La malade attend ses règles. + 40 m. a., trois minutes, sans renversement. — *Total, 11 séances.* A fait jusqu'au 20 juin 9 autres séances avec plusieurs renversements. A cette époque, état symptomatique absolument parfait. Amélioration anatomique marquée.

OBS. VII. — M^{me} B..., se présente à la consultation de M. Lucas-Championnière le 9 mars. 44 ans ; début, 10 à 12 ans. Pas de pertes ; règles abondantes depuis le mois de janvier ; impossibilité absolue de marcher. Même dans la maison, marche difficilement. Douleurs vives dans les jambes ; crampes. Mêmes douleurs dans les mains. État général très médiocre ; anémie ; douleurs de ventre, débilité extrême. La malade vient à la consultation, soutenue par deux personnes.

Diagnostic. — Fibrome de la paroi antérieure et du fond de la matrice formant une sorte de plastron abdominal dans lequel on sent plusieurs lobes en quelque sorte soudés les uns aux autres. Col mou, très difficile à atteindre. Hystérométrie impossible. Traitement intracervical.

Le 12 mars. 1^{re} séance : + 35 m. a., trois minutes et demie.

Le 16. Un peu de fatigue. + 45 m. a., cinq minutes.

Le 27. La malade, contrairement à l'ordinaire, a eu des règles peu abondantes. Douleurs très vives pendant deux jours. Actuellement, elle est mieux. Le ventre a diminué. La tumeur est plus mobile ; les segments peuvent en être mieux circonscrits. + 40 m. a., cinq minutes ; — 30 m. a., deux minutes.

Le 2 avril. Douleurs de ventre moins vives ; digestion meilleure ; marche meilleure. Diminution des crampes et de l'engourdissement. + 45 m. a., six minutes ; — 25 m. a., trois minutes.

Le 6. Diminution considérable du ventre. + 50 m. a., cinq minutes ; — 30 m. a., trois minutes.

Le 9. L'amélioration progresse. Impossibilité de pénétrer dans la cavité du col. Application de l'olive en contact avec l'orifice. + 50 m. a., cinq minutes ; — 30 m. a., deux minutes.

Le 13 avril. L'amélioration continue. L'état général est meilleur. Localement, l'amélioration est des plus sensibles. La malade trouve que son ventre a notablement diminué. La miction, qui était difficile, est devenue facile. Quelques douleurs lancinantes fugitives. Dort très bien. Col imperméable. La malade, sur l'avis de M. Championnière, est laissée en repos jusqu'à ce que son époque menstruelle soit passée. Le traitement est repris le 7 mai, 8 séances jusqu'au 25 juin. A cette époque, état parfait ; localement, diminution *considérable*. La malade, non seulement vient à pied, mais s'est promenée à l'Exposition. Elle engraisse, n'a plus aucune douleur, mange et dort parfaitement.

Ainsi que nous l'avons dit, nous pouvons joindre aux 7 observations qui précèdent 4 autres observations de date plus récente, mais qui témoignent d'excellents résultats.

1^o M^{me} Per..., consultation du 22 mars, tumeur fibreuse extrêmement volumineuse de la grosseur d'une tête de fœtus, douleurs violentes, œdème des jambes, état général, appétit et sommeil très mauvais. — A la date du 22 juin, après 18 séances intracervicales, l'état général est devenu parfait et la tumeur a notablement diminué.

2^o M^{me} Leh..., consultation du 11 mai. Tumeur volumineuse du segment postérieur. Impossibilité de travailler ou de marcher. Métrorrhagies abondantes, douleurs violentes l'obligeant à se coucher fréquemment. — Après 9 séances faites avec plusieurs renversements, l'état symptomatique est très bon, la marche facile, l'état général relevé, les métrorrhagies disparues et la tumeur bien diminuée de volume.

3^o M^{me} Ten..., tumeur fibreuse volumineuse du segment latéro-antérieur droit. Début 6 ans; métrorrhagies abondantes, perd sans arrêter depuis deux mois. Au bout de 3 séances faites avec des renversements, les pertes étaient arrêtées. Au bout de 7 séances, à la date du 22 juin, les règles sont venues normalement, l'état symptomatique est *parfait*, la matrice est mobile et la tumeur en voie de régression.

4^o Consultation de M. Championnière, du 18 mai. M^{me} Céz..., fibrome de la paroi antéro-latérale gauche donnant lieu à des douleurs vives, des métrorrhagies et une perte qui dure depuis trois semaines; considérablement améliorée, symptomatiquement et un peu localement, après 6 séances faites avec des renversements.

Lecture.

M. LEPRÉVOST (du Havre) fait une communication sur un procédé particulier de restauration de la cavité buccale après résection du maxillaire supérieur.

Renvoyé à une commission (M. Horteloup, rapporteur).

Présentations de malades.

1^o Névralgie testiculaire.

M. PÉRIER. Je désirerais avoir l'avis de mes collègues sur un jeune malade atteint de névralgie testiculaire rebelle pour laquelle on lui a déjà enlevé un testicule. Le moignon est resté douloureux, l'autre testicule est devenu aussi sensible et la vie laborieuse est absolument interdite à ce garçon cependant solide et robuste. J'ai pratiqué avec tous les soins antiseptiques une cautérisation légère

de l'épididyme, j'ai enlevé un petit kyste de cette région, mais les phénomènes n'ont pas cédé, le malade souffre toujours; je ne voudrais pas faire la castration, mais que faire dans ces conditions?

M. CHAMPIONNIÈRE. Je tenterais volontiers, par analogie avec un cas de névrite ascendante dont j'ai été le témoin, l'application de courants continus qui m'a donné de très bons résultats.

M. TERRILLON. J'ai observé un fait analogue à celui de M. Périer, et je tenterais aussi l'emploi de courants continus.

2° Fractures de la rotule traitées par la suture.

M. CHAMPIONNIÈRE. J'ai l'honneur de vous présenter deux sujets atteints tous deux de fractures de rotule et traités tous deux par la suture immédiate.

J'ai déjà présenté des résultats d'opération de ce genre. Je vous montre ceux-ci surtout à deux points de vue. Vous pouvez voir d'abord que ces deux sujets marchent très convenablement un temps très court après l'opération et, partant, après la fracture.

Le premier, Ollivier Antoine, âgé de 28 ans, s'est fracturé la rotule gauche le 9 avril. Il a subi l'opération le 25 avril. Il a marché le dix-huitième jour, et aujourd'hui, quarante jours après l'opération, il marche avec assurance, il fléchit déjà très notablement le genou, lève la jambe avec le membre dans l'extension et se sent très assuré sur ce membre si récemment brisé.

Le deuxième opéré, Brisemoutier, âgé de 33 ans, s'est fracturé la rotule droite le 1^{er} mai. L'opération a été faite le 2 mai, soit moins de vingt-quatre heures après l'accident. Il a commencé à marcher vingt-deux jours après l'opération, et aujourd'hui, trente-cinq jours après, vous voyez qu'il marche assez facilement; je lui ai fait conserver un pansement en l'engageant à ne pas chercher à fléchir le genou, car ce mouvement aurait certainement des inconvénients à une époque aussi rapprochée de l'accident.

Chez ces deux sujets, j'ai employé deux fils d'argent de gros calibre qui resteront en place indéfiniment.

Tous deux ont des muscles de la cuisse parfaitement conservés. Ils ont bénéficié de ce fait que l'intervention a été très rapprochée de l'accident.

La douleur consécutive à l'opération a été nulle ou certainement moindre que celle que l'on observe chez les gens chez lesquels on

n'intervient pas et qui souffrent seulement de leur contusion articulaire.

Aucun traitement de la fracture de rotule ne peut donner de résultats comparables, ni pour le présent ni pour l'avenir; en ce qui concerne la sécurité, je puis vous dire que cette année même j'ai déjà fait sept fois cette opération avec les suites les plus simples, et je suis bien décidé à ne plus employer d'autre procédé de traitement des fractures de rotule.

Il ne faudrait pas se figurer que l'opération sera constamment identique. L'anatomie pathologique nous apprend, en effet, que la rotule peut être divisée de façons très différentes. Il peut y avoir des fragments multiples; même lorsqu'il n'y a que deux fragments, ceux-ci peuvent être très inégaux, ce qui rend le traitement plus difficile. Il faut alors recourir à différents artifices pour le passage des fils. Mais ce sont là détails de technique qui ne sauraient être traités à propos d'une présentation de malades, et je me propose d'y revenir un de ces jours plus longuement.

3° *Restauration de la lèvre inférieure.*

M. POLAILLON. J'ai l'honneur de présenter à la Société une jeune fille, Léa N..., âgée de quinze ans, chez laquelle j'ai restauré la lèvre inférieure par un procédé qui présente quelques particularités nouvelles.

À l'âge de deux ans, cette jeune fille subit un traumatisme qui emporta toute la lèvre inférieure ainsi que le rebord alvéolaire qui supporte les quatre incisives inférieures et les canines.

Quand je vis la malade pour la première fois, le 27 avril dernier, la lèvre inférieure n'était représentée, au niveau de chaque commissure, que par un petit bourrelet muqueux. Dans tout le reste de son étendue, la lèvre manquait. Du tissu cicatriciel lisse adhérait à l'arcade mentonnière et se confondait avec la gencive. L'arcade mentonnière du maxillaire inférieur était réduite à la partie de l'os qui est sous-jacente au rebord alvéolaire. Les quatre incisives inférieures et la canine droite étaient absentes. La canine gauche était représentée par une sorte de dent avortée et dirigée en avant. Les petites molaires se voyaient à travers l'hiatus buccal. La salive, ne rencontrant pas de rebord alvéolaire, s'écoulait incessamment et la langue venait continuellement se montrer à la place de la lèvre inférieure. L'aspect de cette difformité était repoussant, comme on peut le voir sur la photographie faite avant l'opération.

Pour restaurer cette lèvre inférieure, je pouvais prendre sur les joues deux lambeaux latéraux, mais comme ces lambeaux n'au-

raient pas été doublés par une muqueuse du côté de la bouche, ils se seraient rétractés, et la lèvre restaurée n'aurait eu ni la hauteur ni l'épaisseur convenables.

J'ai obvié à ce grave inconvénient par le procédé suivant :

Dans un premier temps, j'anime les bourgeons muqueux qui adhèrent aux commissures et j'incise les tissus, à partir de ces bourgeons, verticalement de chaque côté, de manière à ce que ces incisions, en se rencontrant dans la région sus-hyoïdienne, viennent circonscrire un lambeau à peu près quadrilatère.

Dans un second temps, ce lambeau est disséqué de bas en haut, de manière à le relever du côté de la bouche. Lorsque sa dissection est complète, ce lambeau forme une lèvre inférieure. Il adhère à l'arcade mentonnière par un de ses bords ; sa face épidermique regarde la cavité buccale ; sa face cruentée regarde en avant ; son bord libre représente le bord libre de la lèvre inférieure.

Dans un troisième temps, les joues sont incisées transversalement à partir des commissures, dans l'étendue de 4 à 5 centimètres. Leurs adhérences au maxillaire inférieur sont disséquées à peu près dans la même étendue. Puis ces lambeaux latéraux sont rapprochés par-dessus la face cruentée du lambeau mentonnier précédemment décrit. En suturant sur la ligne médiane, au niveau du menton et de la région sus-hyoïdienne, les deux lambeaux de la joue ; en suturant, en outre, le lambeau mentonnier aux lambeaux de la joue sur le bord libre de la lèvre inférieure, je suis parvenu à restaurer cet organe d'une manière très satisfaisante.

Aujourd'hui la lèvre inférieure remplit bien ses fonctions. Elle est assez haute pour que la salive et les aliments ne s'échappent plus involontairement. La bouche peut se fermer complètement. On ne voit plus la langue venir s'interposer entre les arcades maxillaires. Les dents sont recouvertes. La parole est facile.

Le bord libre de la lèvre restaurée est bordé par une surface muqueuse qui résulte de l'étirement des bourgeons muqueux latéraux dont nous avons parlé.

La face postérieure est formée par la surface épidermique du lambeau mentonnier qui forme à la lèvre une charpente solide.

Présentation d'appareils.

1° *Minerve rattachée à un corset à tuteur,*

Par M. PÉRIER.

M. QUÉNU. J'ai fait construire un appareil analogue par M. Mathieu.

2° Appareil à soulèvement des malades dit « Pantocomo »
du Dr BECK (de Berne).

Cet appareil a pour but de remplacer la force humaine lorsqu'on est obligé d'y avoir recours pour appliquer un bandage, réduire une luxation, pratiquer certaines opérations, ou pour donner des soins de propreté.

L'appareil se compose (fig. 1) :

1° D'un cadre formé de tubes cylindriques A, B, K, L, d'environ

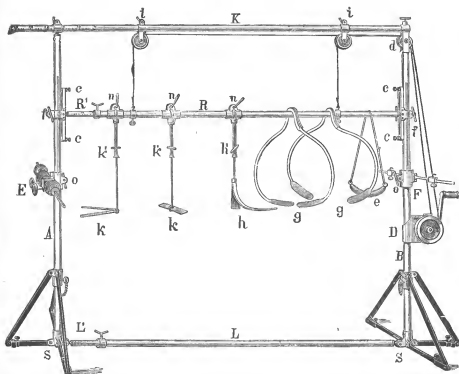


Fig. 1.

2 mètres de long et monté sur des trépieds S, S munis de roulettes permettant de déplacer facilement l'appareil ;

2° D'un treuil D mettant en mouvement, par un système de poulie d, i, i, une barre de suspension R ;

3° Sur cette barre R sont suspendus une série de supports e, g, h, k, lesquels reçoivent le malade destiné à être soulevé de son lit ;

4° Les montants A et B sont munis des pièces accessoires E, F,

permettant de produire, dans les cas de fracture, l'extension et la contre-extension, soit de la manière ordinaire par des poids extenseurs placés sur des poulies folles, soit par des mécanismes à hélices permettant d'exécuter une traction graduée et variable.

Par une disposition particulière des pièces extenseurs et contre-extenseurs et des montants sur lesquels ils sont destinés à glisser (*a, c, f*), il leur est permis de faire suivre la barre de suspension dans son mouvement ascendant et descendant, de sorte que le malade supporté par les pinces et les autres supports peut être soulevé de son lit et y être déposé sans secousse et sans que le bandage extenseur ne subisse le moindre dérangement.

L'appareil peut être dressé facilement en tout endroit et autour de tous les lits, quelle qu'en soit la dimension, sans qu'il soit

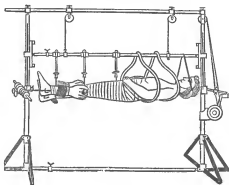


Fig. 2.

besoin de prendre un point d'appui sur le lit ou sur les parois de la chambre.

Les pièces de support méritent une attention particulière :

1° Le support de la tête *e* est un simple coussin en caoutchouc suspendu par des courroies à la barre R ;

2° Les supports du tronc, au nombre de deux, sont des pinces dont les branches en forme de cuillères se réunissent en charnière démontable. Cette disposition leur fait prendre le nom de branche mâle et de branche femelle (par rapport à la charnière). Par leur fonction, elles imitent les bras des gardes-malades ;

3° Le support du bassin *h*, adapté à la tige K, consiste en deux lames courbées superposées, lesquelles sont destinées à être passées au-dessous du périnée et du sacrum. Elles peuvent être ensuite écartées l'une de l'autre de façon à se placer dans les plis fessiers, avantage très important pour les malades affectés d'escharres du sacrum. Dans l'une ou l'autre position, un bandage silicaté, par

exemple, peut être appliqué par-dessus les lames qui supportent le pelvis. Le bandage une fois terminé, le support peut être retiré facilement en desserrant la vis *h'*, qui permet ainsi à la tige de sortir de sa coulisse. Il suffit alors d'enlever les lames, qui glissent facilement entre la peau et le bandage appliqué ;

4° Les supports des jambes, au nombre de deux, ont une disposition analogue à celle du support pelvien, avec cette différence

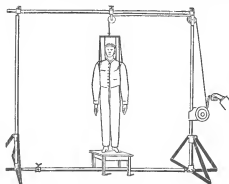


Fig. 3.

que les lames terminales ont une direction rectangulaire par rapport à leur tige et forment avec elle un T renversé, lorsqu'elles sont étalées et placées sous les jambes.

Les figures 2 et 3 donnent une idée de quelques-unes des applications excessivement variées de cet appareil, au sujet duquel seront donnés des détails dans un des prochains numéros de la *Revue illustrée de polytechnique médicale*.

La séance est levée à 5 heures 25 minutes.

Le Secrétaire annuel,
S. Pozzi.

Séance du 12 juin 1889.

Présidence de M. LE DENTU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

Rapport.

*Anévrysme traumatique de l'humérale, volumineux et ancien.
Extirpation. Guérison, par M. CELLIER (de Laval).*

Rapport par M. TRÉLAT.

M. Cellier nous a communiqué l'observation suivante :

Marie L..., 43 ans, cuisinière, femme maigre, nerveuse et bien constituée, entre à l'hôpital de Laval le 12 décembre 1888, envoyée par mon adjoint, le Dr Bucquet, avec le diagnostic : « Tumeur anévrysmale de l'humérale gauche. »

Cette femme présente, à la partie interne du bras gauche, une tumeur demi-ovoïde, mesurant 10 centimètres de longueur au diamètre de sa base et formant avec le bras, très mince, une circonférence de 32 centimètres. La tumeur présente des battements isochrones au pouls, très sensibles à sa partie la plus saillante en dedans, dans un point très restreint. La peau est violacée et extraordinairement tendue. A la palpation, la tumeur est peu douloureuse et donne une sensation d'empatement général, au milieu duquel on constate plusieurs noyaux indurés. La tumeur est le siège de douleurs lancinantes, très vives, s'étendant jusqu'à la main. Tous les mouvements du bras et de l'avant-bras sont douloureux et très limités. Fièvre marquée et continue (38° à 38°,6).

Cette femme me raconte qu'en novembre 1884 elle coupait du pain avec un couteau long et pointu, lorsque le couteau vint à glisser et la piqua brusquement à la partie interne et moyenne du bras. Une hé-

morrhagie en nappe se produisit; un pharmacien appliqua sur la petite plaie, une simple piqure, un morceau de taffetas d'Angleterre recouvert de collodion. L'hémorrhagie s'arrêta; mais, trois jours après, le pansement était soulevé par une tumeur arrondie, grosse comme une noix. Cette tumeur augmente rapidement et, au bout d'un mois, acquiert le volume que j'ai constaté et qui présente à l'œil l'aspect d'une tête de fœtus au terme de 7 mois.

La malade a continué son travail pendant quatre ans et n'est entrée à l'hôpital qu'à la suite des douleurs violentes dont la tumeur était le siège depuis le 1^{er} novembre 1888.

Le diagnostic s'imposait : « Anévrysme traumatique de l'humérale. » Le pronostic était assez inquiétant, en raison de l'altération de la peau, qui menaçait de se sphacéler, en donnant lieu à une hémorrhagie énorme. Le traitement devait être chirurgical et avoir pour but d'énucléer cet énorme sac anévrysmal, après avoir lié les deux bouts de l'humérale.

Pendant les six premiers jours de son séjour à l'hôpital, je fis subir à la malade six applications d'électrolyse avec l'appareil Chardin à courants continus, l'aiguille positive enfoncée dans la tumeur et la plaque négative appliquée sur le deltoïde : comme courant, 15 à 20 milliampères. Chaque séance dura de huit à dix minutes. Sous l'influence de l'électrolyse, la tumeur acquit une dureté uniforme et prit une forme arrondie presque régulière. Mais les douleurs prenaient un caractère de plus en plus aigu, et la peau revêtait une teinte gangreneuse de plus en plus accusée.

Le 19 décembre 1888, je me décide à intervenir, et j'expose à mes excellents confrères les D^{rs} Chevalier et Bucquet, qui m'assistaient, mon plan opératoire.

Étant donnée l'étendue considérable qu'occupait la tumeur, et, par conséquent, la nécessité de lier l'humérale aussi bas que possible pour laisser une circulation collatérale plus active, je voulais : 1^o faire, à l'aide du garrot ou de la bande d'Esmarek, la compression dans le creux axillaire, après application de la bande élastique de l'extrémité à la racine du membre; 2^o ouvrir largement la tumeur et la vider de ses caillots; 3^o lier les deux bouts de l'artère humérale; 4^o réséquer le sac anévrysmal.

Mes confrères me firent remarquer que, depuis quatre ans, la circulation collatérale avait dû se développer suffisamment, et qu'il était plus prudent de faire d'abord la ligature de l'humérale le plus près possible de la tumeur et d'ouvrir celle-ci ensuite. C'est à ce dernier parti que je m'arrêtai.

1^o La malade chloroformée, j'allai à la recherche de l'humérale, que je pus saisir à 3 centimètres du creux axillaire. Le voisinage du creux axillaire et le volume de la tumeur me laissaient une place très restreinte pour effectuer cette ligature. L'artère fut liée avec un fil de lin très solide, après avoir été soigneusement séparée du nerf et des veines. La main et l'avant-bras prirent subitement une teinte absolument cadavérique, et les battements de la radiale cessèrent.

2° Je fis sur la tumeur, parallèlement au bord interne du biceps, une incision longue de 11 centimètres, et, en raison de l'amaigrissement de la peau, je pénétrai d'un seul coup dans la tumeur, que je trouvai pleine de caillots de nouvelle formation et de caillots anciens, dont l'un, absolument organisé, présentait un aspect musculaire.

3° Je vidai soigneusement le sac avec la main ; il s'écoulait une quantité de sang tout à fait insignifiante.

4° Le sac, lavé à l'eau phéniquée et bien épongé, se montra dans tous ses recoins. Solide, résistant et épais, il rappelait, en plus accusé, l'aspect des vieux sacs de hernies congénitales qu'on retrouve chez les vieillards. A sa partie supérieure, il était traversé deux fois par le nerf médian, et, à sa partie inférieure et interne, il était intimement accolé à un petit faisceau musculaire du biceps. Par une dissection patiente, me servant du doigt et de la sonde cannelée, j'arrivai à séparer le médian du sac ; je détachai toutes les adhérences qui retenaient le sac au biceps. Aux deux extrémités, je passai le tenaculum mousse armé d'un double fil de lin, dont je fis une solide ligature ; puis je sectionnai le sac au-dessus de ces ligatures. Je pus alors enlever le sac presque en entier. Le médian flottait libre dans la cavité considérable qui se trouvait creusée sous le biceps.

5° Cette cavité fut bourrée d'iodoforme. A cause de la présence du nerf, je jugeai plus sage de ne pas mettre le drain. J'établis cinq points de suture au crin de Florence à la partie médiane de l'incision, laissant les deux angles occupés par le pédicule de la ligature du sac. Je jetai un point de suture sur l'incision par laquelle j'avais fait en haut la ligature de l'humérale ; j'appliquai comme pansement une pommade antiseptique (le baume Chiron du Codex, auquel je fais incorporer de l'acide phénique et de l'acide salicylique, et qui a l'avantage de ne jamais coller aux plaies) et de la tourbe aseptique.

L'opération avait duré une heure quinze minutes. Les suites furent des plus simples. La suppuration fut très modérée ; elle était d'ailleurs impossible à éviter complètement, en raison des deux moignons du sac anévrysmal, qui se trouvaient au-dessus des ligatures. La ligature de l'extrémité supérieure du sac tomba au bout de huit jours ; celle de l'humérale, au bout de seize jours. La ligature de l'extrémité inférieure du sac, enchevêtrée dans des ponts de bourgeons charnus, fut coupée aux ciseaux le trentième jour.

La fièvre a été très peu accusée et n'a pas dépassé 38° ; elle n'a duré que les huit premiers jours ; le septième jour après l'opération, le coude a été le siège d'un érythème limité qui a disparu en quarante-huit heures.

Fin mars 1889, la malade, qui va bien, présente une atrophie marquée du bras et de l'avant-bras. La cicatrice de la plaie opératoire a déterminé des adhérences musculaires qui limitent le champ des mouvements de l'avant-bras sur le bras. Mais la malade se sert de sa main. Il est impossible de trouver aucun battement artériel ni au bras ni à l'avant-bras.

Cette observation n'offre aucun intérêt au point de vue opératoire.

Ce qui lui donne une certaine valeur, c'est la rareté d'un anévrysme arrivé à un pareil développement et datant d'aussi longtemps, et la nécessité dans laquelle le chirurgien peut se trouver de faire une opération d'urgence.

Je ferai suivre cette observation de quelques remarques très brèves :

Les cas d'extirpation d'anévrysme de l'humérale sont rares ; voici ceux que j'ai seuls trouvés dans les auteurs :

Extirpation :

PURMANN, 1699. Pli du coude, traumatique, grosseur d'une tête d'adulte, extirpation sans ouverture du sac. Guérison.

CHAPEL (de Saint-Malo), 1854, *Bull. de la Soc. Chirurg.* Pli du coude grand volume, inflamm., ulcération. Extirp. Guérison, cicatrice gênant l'extension.

ROUX, 1817. Erreur de diagnostic, volumineux anévrysme solidifié du bras (Broca).

SCRIBA (*Deutsche Klinik*, 1885, thèse de Delbet). Pli du coude, extirpation. Guérison rapide, avec intégrité des mouvements.

L'observation du Dr Cellier mérite donc d'être consignée. On doit toutefois regretter que l'absence de précautions antiseptiques suffisantes aient provoqué la suppuration. Le baume de Chiron, les fils de lin, seront réprouvés par les chirurgiens habitués aux pratiques modernes. Assurément, l'abondance du tissu cicatriciel et l'atrophie musculaire eussent été beaucoup moindres si l'antisepsie eût été plus rigoureuse.

Discussion.

M. L.-CHAMPIONNIÈRE. L'observation est intéressante, par sa rareté surtout. Quant au succès, il est médiocre ; il n'y a qu'au point de vue de la vie du sujet que le résultat soit bon. L'absence d'antisepsie suffisante en est la cause. Il eût mieux valu, en pareil cas, recourir à un procédé plus simple ; l'extirpation du sac n'est bonne qu'avec une parfaite antisepsie ; il eût été préférable de procéder à la ligature au-dessous du sac, par exemple ; le nerf n'aurait pas souffert de la suppuration, ce qui a causé des troubles ultérieurs. Les cicatrices vicieuses et adhérences sont une véritable complication, inhérente à la suppuration ; il ne faut donc faire l'extirpation que lorsqu'on est sûr de la réunion primitive.

M. DESPRÉS. Il y a quinze ans que la Société de chirurgie a jugé que le meilleur procédé, pour les petits anévrysmes de la tête et des membres, était l'extirpation.

J'ai fait cette opération, en commençant par la ligature du bout

supérieur avant d'ouvrir la tumeur, puis liant le bout inférieur dans le fond de la plaie de dissection du sac. Mon malade a guéri sans accidents, avec intégrité des mouvements. Si notre confrère a eu des accidents, c'est que le nerf était compris dans le sac, probablement par diffusion de l'anévrysme.

Quelques chirurgiens croient qu'il vaut mieux faire la ligature des deux bouts, la poche étant laissée intacte. C'est, je crois, aussi grave que l'extirpation, car il y a presque forcément suppuration du sac.

M. TERRIER. Il faut faire table rase de toutes les observations anciennes, où les procédés mis en usage étaient très différents de ceux que nous employons aujourd'hui. Ainsi, quand on parle de suppuration du sac après ligature des deux bouts, cela provient simplement de ce que la plaie de la ligature a suppuré. Or, aujourd'hui, elle doit se réunir primitivement.

M. TRÉLAT. La question est trop récente pour que nous posions des conclusions. M. Cellier a été contraint par la nécessité; il a montré de la hardiesse; quelques détails de pratique seuls ne doivent pas être imités; mais on doit lui savoir gré de son observation.

Discussion sur le traitement des fibromes utérins par l'électricité.

M. BOUILLY. Je suis heureux de voir le traitement électrique des fibromes expérimenté par notre collègue Lucas-Championnière; c'est le meilleur moyen de sortir des indécisions qui règnent encore sur ce sujet, et je félicite surtout M. Championnière des réserves qu'il a formulées à propos des résultats. Il semble, en effet, que jusqu'à ce jour l'électricité n'ait fourni que des résultats *symptomatiques*, c'est-à-dire la disparition momentanée de la douleur et des métrorrhagies. Quant aux résultats thérapeutiques définitifs, ils paraissent nuls ou à peu près, les tumeurs ne diminuant de volume que pour un certain temps, et jamais aucune tumeur n'ayant complètement disparu. Pour maintenir les résultats, il semble nécessaire d'en venir au traitement chirurgical.

On n'obtient donc que peu de chose, et l'efficacité du traitement paraît assez douteuse. Cette impression m'est fournie par la connaissance du phénomène que l'on observe dans l'évolution des fibromes et par l'observation directe de quelques malades ayant subi le traitement électrique.

Quand on voit un grand nombre de malades atteintes de fibromes,

il est fréquent d'observer chez elles, sous des influences mal déterminées, des poussées douloureuses ou congestives, des métrorrhagies, des phénomènes de compression, durant un temps plus ou moins long, et disparaissant grâce à des moyens simples, tels que le repos, les injections chaudes, les piqûres de morphine, l'administration de la teinture d'hamamélis, etc. Des traitements simples réussissent, et on obtient une amélioration momentanée à peu de frais.

Il est nécessaire de tenir compte de ces faits, et ils permettent de comprendre les observations étonnantes dans lesquelles tous les accidents sont amendés après *deux* ou *trois* séances d'électricité, c'est-à-dire alors qu'il ne peut s'être produit les profondes modifications que peuvent donner les séances multipliées.

En outre, j'ai observé quatre malades qui avaient été soignées par l'électricité, avec les grandes intensités, et chez lesquelles ni la métrorrhagie ni le volume de la tumeur n'avaient subi d'heureuses améliorations. Il s'agissait, il est vrai, de fibromes volumineux, chez des femmes très anémiées, représentant les mauvais cas qui se présentent successivement chez les divers consultants.

J'ai prié M. Danion de traiter par l'électricité une de mes clientes atteinte d'un fibrome de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, comprimant le rectum par un prolongement postérieur et déterminant quelques douleurs pelviennes. Il n'y avait pas de métrorrhagies. Il fut convenu qu'il n'y aurait pas d'électrode introduite dans la cavité utérine et qu'elle serait seulement appliquée dans le cul-de-sac postérieur. Il y eut amélioration des douleurs et de la constipation; le volume de la tumeur resta sensiblement le même.

Je ne voudrais pas tirer de conclusions de faits aussi peu nombreux; je demande un complément d'enquête et d'observations; mais jusqu'à présent je considère le traitement électrique comme un traitement palliatif applicable à un petit nombre de cas.

M. SCHWARTZ. Je viens ajouter un fait à ceux que notre collègue le Dr Lucas-Championnière a rapportés ici. Voici cette observation :

Jeune femme de 30 ans, atteinte depuis quatre ans de métrorrhagies très abondantes et de douleurs très vives, dues à un fibrome de la paroi intérieure, ne faisant aucune saillie dans la cavité utérine, et gros comme un petit poing. On me l'avait adressée pour faire une opération radicale, tellement son état général était devenu mauvais (amaigrissement, teint pâle, perversion des fonctions digestives).

L'œdème nous montre une cavité utérine, longue de 11 centimètres.

Les métrorrhagies fréquentes sont provoquées par la moindre marche, avec expulsion fréquente de caillots.

Envie fréquente d'uriner, surtout la nuit; pesanteur dans le bas-ventre; leucorrhée abondante.

Traitement. — Il est confié par le D^r Schwartz au D^r Apostoli.

19 mai 1888. 1^{re} galvano-caustique chimique intra-utérine positive. 60 milli-ampères pendant cinq minutes.

22 mai. 2^e galvano-positive. 60 m. a., cinq minutes.

25 mai. 3^e galvano-positive. 60 m. a., cinq minutes.

28 mai. 4^e galvano-positive. 110 m. a., six minutes.

30 mai. 5^e galvano-positive. 50 m. a., cinq minutes.

1^{er} juin. 6^e galvano-positive. 110 m. a., six minutes.

4 juin. Apparition des règles, qui durent quatre jours. Beaucoup moins abondantes que d'habitude. Amélioration générale très nette.

11 juin. 7^e galvano-positive. 100 m. a., six minutes.

13 juin. 8^e galvano-positive. 70 m. a., cinq minutes.

15 juin. 9^e galvano-positive. 80 m. a., six minutes.

19 juin. 10^e galvano-positive. 100 m. a., six minutes.

22 juin. 11^e galvano-positive. 100 m. a., six minutes.

25 juin. 12^e galvano-positive. 100 m. a., cinq minutes.

27 juin. 13^e galvano-positive. 100 m. a., huit minutes.

29 juin. 14^e galvano-positive. 100 m. a., six minutes.

3 juillet. A été menstruée du 30 juin au 4 juillet sans aucune trace de dysménorrhée, sans aucun malaise et avec peu d'abondance.

9 juillet. 15^e galvano-positive. 100 m. a., cinq minutes.

13 juillet. 16^e galvano-positive. 100 m. a., cinq minutes.

16 juillet. 17^e galvano-positive. 100 m. a., cinq minutes.

20 juillet. 18^e galvano-positive. 130 m. a., cinq minutes.

En résumé, 18 séances ont été pratiquées du 19 mai au 20 juillet, qui ont amené un résultat rapide : une modification immédiate des règles, la disparition de la dysménorrhée et de la ménorrhagie, ainsi que des écoulements séro-sanguins intermenstruels.

La tolérance électrique de la malade n'a jamais été complète en raison de son état nerveux hystérique. Les suites opératoires de chaque séance ont été absolument normales, sans fièvre et sans aucune réaction inflammatoire. La malade n'est pas restée alitée et a pu sortir et marcher pendant tout le traitement.

21 juillet. Elle se déclare guérie symptomatiquement.

Au toucher on constate une régression manifeste du fibrome. Hystérométrie, 9 cent.

Quitte l'hôpital le 21 juillet 1888.

Depuis lors, elle a été revue plusieurs fois. Sa santé est restée parfaite. Elle affirme qu'elle n'a plus éprouvé de douleurs abdominales.

La menstruation, depuis sa sortie de l'hôpital, a été constamment régulière, peu abondante, durant cinq à six jours en moyenne, sans caillots et sans aucune douleur. Les fonctions digestives sont parfaites; elle digère très facilement. Elle marche sans fatigue et sans malaise, et ne se lève plus la nuit pour uriner; elle n'a plus de pesanteur du

ventre; elle a pu travailler et se fatiguer sans en être nullement incommodée. Non seulement elle n'a rien perdu du bénéfice du traitement, mais elle affirme qu'elle se porte même mieux qu'en quittant l'hôpital.

20 mai 1889. Est examinée le 20 mai par M. Schwartz, qui constate la régression anatomique considérable (l'hystérométrie étant de 8 1/2) ainsi que sa guérison symptomatique.

M. KIRMISSON. J'ai eu plusieurs fois l'occasion d'appliquer le traitement électrique des fibromes utérins, si discuté depuis quelque temps à l'étranger, et notamment en Angleterre. Laissant de côté plusieurs tentatives dans lesquelles l'application de la méthode a été parfaite, je me bornerai à vous mentionner le cas suivant que M. Apostoli a bien voulu traiter sous mes yeux, dans mon service à l'Hôtel-Dieu.

Il s'agit d'une malade de 48 ans, présentant un fibrome intersti-tiel qui donnait lieu à quelques douleurs, mais surtout à une gêne et à une oppression considérable, par suite de son volume énorme qui remplissait une grande partie de la cavité abdominale.

L'extirpation entreprise dans de semblables conditions aurait eu une gravité incontestable; d'autre part, elle n'était commandée par aucun accident grave, hémorrhagie ou phénomène de compression menaçant directement l'existence. Il me parut donc intéressant, dans un cas de cette nature, de voir ce que pourrait donner le traitement électrique.

Au moment où M. Apostoli entreprit le traitement, le 15 février dernier, la mensuration du ventre donnait les résultats suivants :

La circonférence de l'abdomen, au niveau des épines iliaques antérieures et supérieures, mesure 102 centimètres; au niveau de l'ombilic, 99 centimètres; à l'épigastre, 91 centimètres. La tumeur remonte à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Du 15 février au 31 mai, 18 séances galvano-caustique ont été faites, 11 négatives et 7 positives, à intensité progressivement croissante, qui a été portée de 40 à 170, et jusqu'à 250 milli-ampères, la sonde en platine étant portée jusqu'au fond de la cavité utérine.

Ces opérations ont été assez douloureusement supportées par la malade, qui, du reste, est très nerveuse. Mais jamais il n'y a eu de fièvre, jamais aucune menace de complication du côté de l'abdomen.

Le résultat définitif a été le suivant : Le fibrome a subi une diminution de volume appréciable, mais pas très considérable, ainsi qu'en témoignent les mensurations suivantes, prises ce matin même. On trouve toujours, au niveau des épines iliaques, 102 centimètres pour la circonférence de l'abdomen, 99 au niveau de l'om-

bilic; mais à l'épigastre, le chiffre est tombé de 91 à 82 centimètres. En outre, la tumeur est beaucoup plus mobile. L'hystéromètre, qui pénétrait difficilement à une profondeur de 6 centimètres au début du traitement, peut actuellement être enfoncé dans une étendue de 12 centimètres. Enfin, la malade se déclare très soulagée. Elle, chez qui la marche était très difficile, qui ne pouvait monter les étages, et qui était même obligée de se servir d'une chaise pour monter dans son lit, elle circule aujourd'hui librement. Elle éprouve un bien-être notable, et ne ressent plus d'envies aussi fréquentes d'uriner.

En un mot, il y a chez cette malade une amélioration évidente au point de vue des symptômes causés par la présence du fibrome, bien que celui-ci même n'ait guère diminué de volume. Le traitement électrique est-il capable de conduire à une guérison complète, c'est-à-dire à la disparition du néoplasme? Je ne le pense pas, et je crois bien plutôt, avec M. Championnière, que l'électricité agit en amenant la disparition des phénomènes congestifs que détermine par sa présence la tumeur. Telle est l'interprétation qui me semble la plus probable pour expliquer l'amélioration éprouvée par la malade dans le cas actuel où le fibrome lui-même n'a subi qu'une diminution de volume assez légère.

Quoi qu'il en soit, dans des cas de cet ordre, où le traitement chirurgical présente, de l'avis de tous, un gravité incontestable; dans les cas surtout où l'intervention opératoire n'est commandée par aucun phénomène menaçant directement l'existence, le traitement électrique me paraît de nature à rendre aux chirurgiens de réels services.

M. P. SECOND. L'heure n'est pas encore venue de porter un jugement définitif sur la valeur de l'électricité dans la cure des fibromes utérins; mais il n'est pas douteux que la nécessité de mettre à l'épreuve cette nouvelle méthode de traitement s'impose comme un pressant devoir à tous ceux qui s'occupent de chirurgie abdominale. Pour mon compte, les faits que j'ai observés me portent à penser, avec notre collègue M. Bouilly, qu'en dépit des assertions inverses, les interventions chirurgicales proprement dites resteront toujours le seul moyen d'obtenir la guérison vraie des femmes atteintes de fibromes utérins, et que le traitement électrique, bien loin d'avoir les vertus d'une panacée, ne sera jamais qu'un moyen d'améliorer le sort de nos malades. Bref, j'ai la pensée que bientôt se dégagera cette conclusion générale, que les indications du traitement électrique des fibromes existent seulement lorsqu'il est *inutile* ou *impossible* de faire mieux.

Je ne crois pas nécessaire de définir les cas auxquels je fais

allusion. A côté des fibromes dont la gravité exige une intervention sanglante immédiate et dont le siège, le nombre ou le volume permettent cette intervention, il y a, d'une part, les fibromes dont la bénignité contre-indique toute opération trop sérieuse, et, d'autre part, les fibromes qu'il faudrait enlever, mais qui défont par leur volume excessif toutes les tentatives d'ablation. Cette classification en trois catégories me paraît conforme aux données de la clinique, et, je le répète, si les malades de la première catégorie sont et restent uniquement justiciables du traitement chirurgical proprement dit, il faut bien le reconnaître, toute intervention sanglante est inutile pour celles de la deuxième et impossible pour celles de la troisième.

C'est alors qu'on doit recourir à la série des moyens médicaux ; mais, chacun le sait, pour quelques succès, ceux-ci comptent bien des revers, et s'il est vrai que l'électricité nous donne le moyen d'agir plus sûrement qu'en prescrivant des compresses d'eau salée ou toute autre médication analogue ; s'il est, en particulier, bien exact que le traitement électrique peut améliorer le sort des malheureuses femmes atteintes de tumeurs énormes et inopérables, il n'est pas besoin d'insister sur la valeur du progrès que nous aurons ainsi réalisé. Aussi bien, sans prêter crédit aux exagérations de quelques-uns des partisans du traitement des fibromes par la méthode d'Apostoli, je n'ai pas moins eu le désir d'expérimenter moi-même ce mode de traitement. Pour ce faire, je me suis adressé au créateur de la méthode, à M. Apostoli. Notre confrère s'est mis à ma disposition avec une amabilité dont je ne saurais trop le remercier. Je lui ai confié plusieurs de mes malades ; j'ai moi-même et sur ses indications mis sa méthode en pratique, et c'est ainsi que j'ai pu contrôler à maintes reprises ses principales assertions.

Je n'ai pas à décrire ici les procédés opératoires conseillés par M. Apostoli ; mais je tiens à dire que, pour obtenir des résultats valables, il faut suivre les règles qu'il a tracées et adopter son matériel instrumental. La nécessité d'employer la terre glaise en guise de pôle abdominal est, en particulier, formelle, et si l'on veut, par exemple, dans un but de simplification apparente, remplacer la terre glaise par des plaques de gélosine, il devient impossible de donner au courant l'intensité voulue pour qu'il soit efficace. Mais je n'insiste pas ; ce sont là des détails de technique, et mon seul but, en prenant part à cette discussion, est, en somme, de vous communiquer l'impression générale que m'a laissée l'examen attentif des malades soumises au traitement de M. Apostoli.

Comme je vous l'ai fait pressentir, cette impression est favorable. Il m'a paru que l'influence curative du traitement électrique

n'était pas douteuse, qu'elle était surtout appréciable lorsqu'elle s'exerçait à l'époque de la ménopause, et qu'elle se traduisait beaucoup moins par la diminution du volume des tumeurs que par l'atténuation ou la disparition des troubles variés qu'elles provoquent. Ces remarques sont semblables à celles qui vous ont été communiquées par M. Lucas-Championnière, et vous montrent comment je souscris aux principales conclusions de notre collègue. Pour moi, le traitement des fibromes utérins par la méthode d'Apostoli possède une incontestable efficacité. Ce n'est sans doute qu'un traitement palliatif, mais il n'en constitue pas moins une ressource précieuse toutes les fois qu'il est impossible ou dangereux de recourir à une intervention chirurgicale proprement dite. Quant aux indications précises de la méthode, l'avenir seul permettra de les préciser.

Parmi les malades sur lesquels j'ai pu suivre les effets du traitement de M. Apostoli, plusieurs appartenaient au service de M. Trélat, et c'est lui qui vous exposera leur histoire; mais, en terminant, je tiens à vous donner moi-même la relation quelque peu détaillée du succès vraiment remarquable obtenu par M. Apostoli sur une malade que je lui ai confiée. Il s'agit d'une maîtresse d'école de 47 ans, atteinte d'un fibrome dont les dimensions considérables m'interdisaient toute intervention sanglante. Cette malheureuse femme, à tout instant entravée par les accidents les plus graves et les plus douloureux, était dans une situation déplorable. Elle est maintenant presque alerte; son fibrome est sans doute toujours très volumineux, mais les souffrances n'existent plus, les forces sont revenues, et je ne crois pas que l'électricité puisse avoir à son actif une observation plus probante. Voici le fait; vous en jugerez :

M^{me} G..., institutrice, âgée de 47 ans, unipare, consulte le D^r Paul Segond, en 1886, pour un énorme fibrome utérin remplissant en totalité l'abdomen et remontant à 20 centimètres au-dessus de l'ovaire.

Antécédents. — Pas d'antécédents héréditaires. Gourmes et lymphatisme dans l'enfance. Réglée à 11 ans et demi, très abondamment et régulièrement, sans leucorrhée intermenstruelle. Mariée à 27 ans. Grossesse très malade immédiatement après. Accouchement à terme en 1874; depuis lors, elle a toujours été malade. Début de métrorrhagies presque continuës. Péritonite en 1872, soignée par le D^r Triboulet. Séjour au lit, six semaines.

En 1873, le D^r Bonière diagnostique un fibrome utérin. La malade est soignée pendant plusieurs mois par le D^r Péan. Augmentation des métrorrhagies.

Pendant trois ans, M^{me} G... fait trois cures aux eaux de Salies-de-Béarn, sur les conseils du D^r Segond. Diminution des hémorrhagies.

Le 12 octobre 1888, invasion brusque d'une péritonite avec fièvre, hémorrhagie et douleur intense. Séjour au lit pendant plusieurs semaines. Le Dr Segond prescrit d'abord le traitement classique et l'adresse au Dr Apostoli.

État actuel. — Rémission des accidents aigus.

3 novembre 1888. Métrorrhagie peu abondante, mais incessante, avec beaucoup de leucorrhée intercalaire. Il y a des douleurs vives dans le ventre, localisées surtout à gauche, au niveau du lobe supérieur de la tumeur. La marche est difficile, l'appétit médiocre, le sommeil agité et la constipation très forte. La miction est très fréquente; M^{me} G... est obligée de se lever cinq à six fois la nuit pour uriner. L'état général est grave. Amaigrissement. Faiblesse extrême. Impossibilité de faire son travail et de se tenir debout.

Dans le lobe gauche du fibrome et dans une zone très circonscrite, il existe une douleur excessivement vive qui gêne la malade dans tous ses mouvements et qui l'exaspère à la moindre pression. La cavité interne mesure 13 centimètres.

6 novembre 1888. 1^{re} galvano-caustique chimique intra-utérine positive, faite à l'aide d'une sonde en platine enfoncée dans toute la profondeur de la cavité intra-utérine, et après irrigation préalable vaginale à la liqueur de van Swieten. 100 milli-ampères pendant cinq minutes. Se repose à la clinique du Dr Apostoli pendant deux heures, pour rentrer ensuite chez elle.

8 novembre. La réaction qui a suivi la première séance a été assez intense et a exaspéré le soir même la douleur préexistante, sans réaction inflammatoire toutefois. Aujourd'hui, elle se trouve fatiguée, mais ne souffre pas davantage.

10 novembre. Amélioration très marquée de toute la sensibilité d'une portion du lobe gauche du fibrome, qui était tellement vive avant la première séance, qu'on aurait pu croire à de la péritonite localisée.

13 novembre. Elle commence à mieux supporter la voiture. L'hémorrhagie abondante qui a succédé à la première séance est calmée, mais les envies d'uriner sont aussi fréquentes.

2^e galvano-caustique positive. 220 m. a., cinq minutes. Très bien supportée.

15 novembre. A souffert le soir même du traitement, mais moins que la première fois et pendant moins longtemps.

17 novembre. L'amélioration symptomatique est très nette; la sensibilité du lobe gauche du fibrome a tout à fait disparu à la pression.

20 novembre. La malade se sent plus forte, ne souffre pas, marche mieux et a meilleur appétit.

3^e galvano-caustique positive. 220 m. a., cinq minutes.

27 novembre. Après la dernière opération, petite métrorrhagie qui a duré trois jours. Tout a disparu aujourd'hui.

29 novembre. 4^e galvano-caustique positive. 200 m. a., cinq minutes. Bien supportée.

6 décembre. Toute douleur du côté gauche a disparu. Les nuits sont meilleures. Les forces reviennent, et l'appétit est assez bon. M^{me} G... a

pu recommencer son travail fatigant de maîtresse d'école, qui l'oblige à rester debout une partie de la journée.

5° galvano-caustique positive. 150 m. a., six minutes.

13 décembre. 6° galvano-caustique positive. 230 m. a., six minutes.

20 décembre. Pas de réaction post-opératoire. Depuis le 15 décembre, n'a plus perdu de sang. Restauration progressive et totale de la santé.

22 décembre. 7° galvano-caustique positivo. 220 m. a., cinq minutes.

Depuis le début du traitement, les hautes intensités sont admirablement supportées.

27 décembre. 8° galvano-caustique positive. 230 m. a., cinq minutes. Même tolérance parfaite.

7 janvier 1889. M^{me} G... a été réglée du 1^{er} au 5 janvier, abondamment, mais sans douleur. Elle a eu à ce moment, sans cause appréciable, un mouvement fébrile avec un retour offensif des douleurs abdominales qui l'a obligée de garder le lit pendant trois jours. Puis tout s'est progressivement calmé, et elle se trouve dans une situation aussi bonne qu'antérieurement.

9° galvano-caustique positive. 200 m. a., cinq minutes. Très bien supportée.

24 janvier. Pas de réaction après la dernière séance. Se lève trois ou quatre fois la nuit encore pour uriner.

10° galvano-caustique, 1^{re} négative. 200 m. a., cinq minutes. L'intensité a été même portée jusqu'à 250 m. a. Bien supportée.

31 janvier. A perdu un peu de sang le soir du traitement, et depuis lors un suintement sanguin continue. Les mensurations abdominales sont prises de nouveau, et l'on constate une diminution dans l'amplitude du fibrome, de 5 centimètres, au-dessus de l'ombilic. Le ventre est abaissé, et la tumeur paraît tombée dans le bassin.

11° galvano-caustique, 10° positive. 150 m. a., cinq minutes. Très bien supportée.

7 février. A perdu encore du sang par intermittence et a dû se reposer pendant quelques jours à cause d'un retour offensif de douleurs abdominales.

12° galvano-caustique, 11° positive. 150 m. a., cinq minutes.

14 février. Il y a toujours un peu de réaction douloureuse le soir et le lendemain du traitement.

13° galvano-caustique, 12° positive. 200 m. a., cinq minutes. Bien supportée.

23 février. Métorrhagie intermittente sans douleur. Se lève moins pour uriner. Continue son travail sans interruption.

14° galvano-caustique, 13° positive. 200 m. a., cinq minutes. Petite hémorrhagie après la séance.

28 février. Nouvelle douleur pendant quatre jours à gauche, sans aucun arrêt professionnel.

7 mars. 15° galvano-caustique, 14° positive. 200 m. a., cinq minutes.

21 mars. A dû interrompre son travail pendant un jour, à cause d'une poussée de diarrhée avec fièvre. Aujourd'hui va très bien.

16° galvano-caustique, 15° positive. 100 m. a., cinq minutes.

28 mars. Deuxième réaction fébrile avec nausées et métrorrhagie, le 23 mars. Depuis, elle va très bien.

2 avril. Toutes ses fonctions sont bonnes. Elle travaille facilement.

17^e galvano-caustique, 16^e positive. 110 m. a., cinq minutes. Elle a plus d'intolérance au passage du courant qu'au début du traitement.

11 avril. A été réglée du 4 au 7, peu abondamment et sans douleur.

18 avril. L'amélioration continue progressivement.

18^e galvano-caustique, 17^e positive. 180 m. a., cinq minutes.

2 mai. Légère douleur intermittente dans le ventre, quand la malade est fatiguée.

19^e galvano-caustique, 18^e positive. 150 m. a., cinq minutes.

9 mai. 20^e galvano-caustique, 19^e positive. 150 m. a., cinq minutes.

16 mai. 21^e galvano-caustique, 20^e positive. 200 m. a., cinq minutes.

23 mai. 22^e galvano-caustique, 21^e positive. 200 m. a., cinq minutes.

1^{er} juin. 23^e galvano-caustique, 22^e positive. 200 m. a., cinq minutes.

En résumé, du 6 novembre 1888 au 1^{er} juin 1889, 23 galvano-caustiques intra-utérines ont été appliquées, à intensité très élevée (100 à 230 m. a.), sans qu'il en soit jamais résulté la moindre réaction fâcheuse.

Aujourd'hui, 1^{er} juin 1889, la malade peut être considérée comme transformée : elle a meilleur teint ; le facies cachectique a disparu ; elle marche et se tient debout facilement, et peut vaquer à ses occupations professionnelles, très fatigantes, sans trop de difficulté ; l'appétit et la digestion sont bons ; l'état général est meilleur en tous points ; les pertes sanguines se sont progressivement espacées ; toute douleur du ventre est restée supprimée ; la miction est moins fréquente ; elle a engraisé, et sa faiblesse antérieure a disparu.

Anatomiquement, le fibrome a subi un retrait parallèle que témoignent les mensurations suivantes :

| | MENSURATIONS avant le traitement le 6 novembre 1888. | MENSURATIONS le 31 janvier 1889. | MENSURATIONS le 6 juin 1889. |
|---|---|---|------------------------------------|
| | centim. | centim. | centim. |
| 1 ^e Circonférence au-dessus de l'ombilic. | 96 | 91 | 77 |
| 2 ^e Circonférence au niveau de l'ombilic. | 100 | 100 | 99 |
| 3 ^e Circonférence au-dessous de l'ombilic au point le plus culminant de la tu- meur..... | 103 | 100 | 99 |
| 4 ^e Distance d'une épine iliaque anté- rieure et supérieure à l'autre..... | 29 | 31 | 31 |
| 5 ^e Distance du pubis au milieu de l'om- bilic..... | 25 | 26 | 26 |
| 6 ^e Distance du pubis au sommet de la tumeur..... | 45 | 45 | 45 |
| 7 ^e Distance du pubis à l'appendice xy- phoïde..... | 49 | 49 | 49 |
| 8 ^e Distance du pubis au sommet du lobe gauche de la tumeur..... | 47 | 41 | 41 |

En résumé, au niveau de la ceinture, la tumeur a beaucoup diminué, de 14 *centimètres* environ, et elle paraît plus descendue vers le bassin. La tumeur s'est, de plus, désenclavée et mobilisée. Elle a perdu toute sensibilité à la pression.

M. LE DENTU. J'ai voulu me rendre compte par moi-même des résultats qu'on pouvait obtenir par l'électricité dans le traitement des fibromes utérins; malheureusement, comme ce mode de traitement est très assujettissant, je ne l'ai mis en pratique que sur deux malades. Mon premier essai date de 1885.

La malade était une femme de couleur d'environ 40 ans. Des masses déjà volumineuses englobaient l'utérus; l'une d'elles, enclavée dans le petit bassin, saillante dans le vagin, commençait à gêner notablement les fonctions du gros intestin. La défécation était devenue fort difficile. Le col de l'utérus, complètement effacé, était remonté derrière le pubis, mais le doigt pouvait encore l'atteindre. C'était donc un cas où l'hystérectomie abdominale était impossible. Je commençai le traitement électrique le 8 mars 1885 et je le continuai d'une façon irrégulière, sauf au moment des règles, jusqu'au mois de décembre; en tout 81 séances, tous les deux jours, de dix minutes de durée, avec des intensités de 15 à 20 milli-ampères au début et que je poussais souvent jusqu'à 150 et 180 milli-ampères. La douleur n'était pas assez vive pour ne pas être supportée. De janvier à décembre 1886, je fis encore 17 séances très espacées.

Au bout de peu de séances, la malade se sentit très soulagée. Auparavant elle avait de la ménorrhagie et une sensation de pesanteur pénible pendant la marche, sans compter la compression du rectum, qui aurait pu bientôt mettre sa vie en péril. Ces symptômes fâcheux disparurent rapidement, en même temps que le volume des fibromes diminuait notablement. Au bout de peu de temps l'amélioration s'arrêta, mais il est bon de savoir que chez cette malade les tumeurs possédaient une dureté pumeuse. Suivant toute probabilité, avec une meilleure technique, j'aurais pu obtenir mieux. Ne pouvant faire pénétrer une électrode dans le col, je me bornais à la poser soit au voisinage de l'orifice, soit sur la paroi vaginale, soulevée par le myôme postérieur. Des essais d'introduction dans le rectum furent mal supportés.

Depuis trois ans l'amélioration acquise s'est maintenue.

La deuxième malade était une jeune femme de 30 ans. Quand je la vis pour la première fois, en mai 1887, je la trouvais atteinte de myômes lobés qui remontaient à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic, et s'étendaient à droite à 11 centimètres latéralement, à 8 centimètres à gauche; pas de métrorrhagie, mais de la ménor-

rhagie et surtout une grande sensibilité du ventre à la pression et des douleurs vives causées par la marche.

Je fis l'hystérométrie un jour avec M. Terrillon, et nous trouvâmes une cavité utérine de 15 centimètres. Le col était absolument effacé. L'hystérectomie abdominale ne pouvait être tentée; l'opération de Battey fut discutée, mais momentanément rejetée. Je me rabattis sur l'électrisation.

Du mois de juin au mois d'août 1887, je fis 18 séances qui donnèrent un résultat inespéré, en me servant cette fois de terre glaise comme électrode abdominale. Les tumeurs diminuèrent de 4 centimètres en hauteur, de 3 centimètres sur la droite, de 2 centimètres sur la gauche, ce qui représente une diminution de volume énorme. Quelques séances eurent lieu pendant les vacances, en mon absence.

Je recommençai à mon tour en octobre, mais les choses ne marchèrent plus aussi bien. Une partie de l'amélioration acquise était perdue, et après 10 autres séances je jugeai bon de suspendre. Je n'avais jamais pu, chez cette malade, dépasser 50 milli-ampères, et souvent j'avais dû me borner à de faibles intensités (10 à 20) sous peine de réveiller des douleurs très fortes.

Après une période de repos prolongé, la malade repartit pour les Antilles, dans un état encore meilleur que celui où je l'avais trouvée à son arrivée, mais moins bien qu'à la fin de la première période du traitement. Chez elle l'introduction de l'électrode dans l'utérus ne pouvait se faire qu'à un centimètre de profondeur, le canal cervical était tortueux, et les tentatives d'introduction plus profonde donnaient toujours lieu à des poussées inflammatoires pénibles et fatigantes.

Puis-je tirer une conclusion quelconque de ces deux cas? J'en tirerai la seule qu'ils comportent, c'est que pendant la première période de ces deux traitements j'ai obtenu une amélioration incontestable et rapide. Si un arrêt s'est produit dans l'amélioration, cela peut s'expliquer dans le premier cas par l'extrême dureté des masses fibromateuses, mais je suis convaincu que dans le deuxième cas une technique plus parfaite aurait donné un résultat plus complet. Par exemple les séances étaient trop longues (10 à 15 minutes), trop rapprochées (3 à 4 par semaine). Enfin je pense que je n'ai pas porté assez de rigueur dans la détermination du sens du courant et que trop souvent le pôle négatif a été appliqué sur le col.

A ces deux cas, où j'ai été seul à intervenir, j'en ajoute trois qui ont été traités par M. Apostoli. Le 6 février de cette année, une sage-femme, âgée de 46 ans environ, se présentait à ma consultation. Je constatai chez elle des fibromes volumineux, ayant effacé le col et devant faire rejeter l'hystérectomie vaginale. Les tumeurs

remontaient jusqu'à l'ombilic; elles offraient une assez grande dureté. Comme cette malade ne pouvait plus, par suite de ses souffrances, se livrer à ses occupations fatigantes, je voulus tenter sur elle le traitement électrique, et je l'adressai au Dr Apostoli.

A l'heure qu'il est, cette femme a subi 17 séances de galvano-caustique, dont 11 positives et 6 négatives. Une amélioration très sensible s'en est suivie, et la malade peut se livrer à ses occupations sans éprouver les douleurs de jadis.

Enfin, j'ai vu hier dans mon service deux femmes dont l'abdomen est rempli de tumeurs fibromateuses; mais ces masses étaient plus considérables avant le commencement du traitement galvano-caustique, et les patientes étaient en proie à des accidents sérieux (hémorrhagies, douleurs, dyspepsie) que ce traitement a fait cesser. Elles m'ont affirmé avoir éprouvé une très grande amélioration.

Mon expérience personnelle est à coup sûr trop restreinte pour que mon opinion pèse d'un bien grand poids dans la discussion. Ce que j'ai vu, c'est une amélioration dans des cas où l'on n'aurait pu tenter une opération radicale. Que cette amélioration se soit arrêtée dans un cas, qu'elle ait été en partie perdue dans l'autre, cela peut être dû à la nature même du tissu des tumeurs ou à l'insuffisance de ma technique; mais il n'en reste pas moins acquis pour moi que j'ai apporté quelque soulagement à des situations contre lesquelles la chirurgie active ne pouvait rien.

L'expérience délimitera peu à peu le champ d'application de la galvano-caustique chimique; mais elle mérite de prendre place parmi les moyens sérieux de traitement des fibromes utérins, ne fût-ce qu'à titre palliatif.

Présentation de pièce.

Anévrysme poplité.

M. ROUTIER. La pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société est un anévrysme artériel de l'artère poplitée, avec dilatation ampullaire, véritable anévrysme sacciforme remontant sur la fémorale, au-dessus du canal de Hunter.

Cette pièce provient d'une amputation de la cuisse gauche que j'ai dû pratiquer à une femme de 64 ans, qui présentait une gangrène sèche de toute la jambe.

Jamais cette femme n'avait souffert de son membre inférieur, lorsqu'il y a quinze jours elle fut prise d'une douleur subite et violente qui d'emblée provoqua l'impotence absolue du membre

inférieur gauche et la fit tomber. Ce n'est que douze jours après cet accident que cette malheureuse se décida à venir réclamer des soins. Elle entra d'abord dans le service de M. le D^r Ferrand, à l'hôpital Laennec; c'est là que je fus appelé à la voir.

Je ne pus constater que l'absence de battements artériels sur la partie moyenne de la fémorale; à peine les battements étaient-ils perceptibles au pli de l'aîne.

On trouvait un empâtement dans le creux poplité et au niveau du canal de Hunter; mais comme on était tout près du sillon éliminateur de la gangrène, nous n'avons pas attaché d'importance à ce signe, et la découverte de l'anévrysme n'a été faite qu'au cours de l'amputation.

La coagulation était totale dans l'anévrysme et dans l'artère fémorale, au niveau où a porté la ligature.

La striction du fil a fait se détacher du bout sectionné de l'artère comme un cylindre formé par la tunique interne et moyenne. L'externe seule a résisté.

La malade va bien.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
S. Pozzi.

Séance du 19 juin 1889.

Présidence de M. LE DENTU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

- 1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;
- 2° Le 4° fascicule du tome XV de nos *Bulletins et Mémoires* ;
- 3° La Société contre l'abus du tabac demande à la Société de chirurgie de se faire représenter au Congrès international qui sera tenu le 8 juillet prochain ;

4° La Faculté de médecine de Montpellier envoie le programme d'un concours pour l'éloge du professeur Bouisson.

Élection.

*Election d'une commission pour la nomination
de correspondants nationaux.*

Votants, 24. — Majorité, 13.

Ont obtenu :

| | |
|-------------------------|----------|
| MM. Horteloup, élu..... | 24 voix. |
| Reclus, élu..... | 23 — |
| Nicaise, élu..... | 22 — |
| Schwartz, élu..... | 22 — |
| Delens..... | 2 — |
| Jalaguier..... | 1 — |
| Tillaux..... | 1 — |
| Peyrot..... | 1 — |

Membre de droit : le Secrétaire général.

Rapport.

Anévrysme spontané du pli du coude chez un cardiaque albuminurique. Opération. Guérison de l'anévrysme. Mort de l'opéré,
par M. le D^r PLUYETTE (de Marseille).

Rapport par M. F. TERRIER.

C'est sous ce titre que M. le D^r Pluyette, chirurgien des hôpitaux de Marseille, nous a adressé une très intéressante observation d'anévrysme traité par la ligature au-dessus du sac, et l'ouverture de ce dernier.

Voici le fait en abrégé :

H. B..., 28 ans, présente du côté de son père des antécédents cancéreux ; deux frères sont morts tuberculeux ; la mère est épuisée avant l'âge. Le malade, depuis le mois de septembre 1887, se plaint d'une diarrhée incoercible ; il aurait eu un chancre mou à 20 ans et une pneumonie à 27 ans.

Le 18 novembre 1887, B... fut réveillé le soir, vers cinq heures, par une vive douleur, localisée au pli du coude gauche ; le 20, indura-

tion diffuse de toute la région, pouls radial nul au poignet, main engourdie, continuation des douleurs. Les jours suivants, la tuméfaction augmente, la peau rougit ; œdème de la main et du bras. Pas de souffle ni de battement au niveau du coude.

M. Pluyette voit le malade pour la première fois le 2 décembre ; il constate l'existence de battements artériels exagérés aux artères de la tête et du membre supérieur droit. Il existe, en effet, une lésion aortique (insuffisance des valvules segmoïdes) ; rien du côté des poumons ; urines abondantes, mais très albumineuses ; toutefois, on n'a pas fait l'analyse quantitative.

Le coude est tuméfié, rouge sombre et résistant ; de ce côté, 33 centimètres de circonférence, au lieu de 24 centimètres du côté sain ; la rougeur envahissait en haut le bras et en bas l'avant-bras ; il y a de l'œdème de la main. Les mouvements sont limités et douloureux ; battements artériels et mouvements d'expansion, appréciables à la palpation ; souffle à l'auscultation. Comme tous ces signes disparaissent par la compression de l'humérale et que le pouls radial n'existe pas de ce côté, il est facile de reconnaître un anévrysme spontané de l'humérale au pli du coude.

La situation était fort grave, vu surtout l'état général du malade, atteint, en outre, d'une diarrhée que M. Pluyette caractérise, à tort, je crois, d'entérite tuberculeuse, l'albuminurie expliquant facilement la diarrhée du malade.

On place un compresseur sur le bras et on prescrit un régime lacté, avec pilules de tannin et opium.

Comme on pouvait s'y attendre, le compresseur n'a pu être supporté une heure ; on fait alors une tentative de compression digitale intermittente ; est-ce sur la tumeur, est-ce sur l'artère humérale ? M. Pluyette nous laisse dans le doute à cet égard.

Toujours est-il que si la tumeur paraît plus dure, il se fait une escharre sur la tumeur, et un frisson avec fièvre se produit.

Le lendemain, la rupture de l'anévrysme devenant imminente, M. Pluyette, sur l'avis de confrères, et parmi eux du professeur Ville-neuve fils, se décide à intervenir, sans narcose chloroformique, à cause des lésions cardiaques. Ici, j'ouvre une parenthèse pour affirmer que, malgré ces lésions, je n'aurais pas hésité à endormir le malade.

Application de la bande d'Esmarck ; incision sur le bord interne du biceps ; on reclive le médian ; les deux veines humérales turgides se présentent et semblent battre, par suite de leur propagation, des pulsations artérielles. Dénudation de l'artère un peu difficile à cause des anastomoses veineuses transverses ; enfin un fil de soie phéniquée n° 3 est placé sur l'artère, et la ligature est faite.

On enlève la bande d'Esmarck et on prolonge l'incision sur la tumeur jusqu'au milieu de l'avant-bras, ouvrant le sac dès le premier coup de bistouri. 230 grammes de caillots sont enlevés, et l'intérieur de la poche est épongé avec du coton hydrophile. M. Pluyette recherche alors le bout inférieur.

« Ce fut, dit-il, le temps le plus laborieux ; plusieurs fois nous pûmes saisir, dans les mors d'une pince à forcipressure, un point duquel émergeait du sang artériel ; mais il ne nous fut jamais possible de placer une ligature. »

Aussi dut-on laisser une pince à demeure.

Tamponnement à la gaze iodoformée ; pansement avec de la ouate entourant le membre, etc.

L'opération, y compris le pansement, a duré une heure, d'où, on le comprend, l'utilité grande de l'anesthésie.

Le lendemain (6 décembre), T. 37°, 5. Écoulement séreux abondant. Soir, 38°, 4. Sommeil ; pas de diarrhée.

Le 8, T. 37°. État général excellent ; premier pansement ; la place de la ligature est réunie ; la poche anévrysmale est sèche et ne suppure pas. Pas de refroidissement du membre.

Le 12, T. 37°, 8. Congestion pulmonaire aux deux bases. Réunion parfaite au bras. Le sac ne suppure pas. Quelques points se sphacèlent.

Le 16, T. 38°, 4. Chute spontanée de la pince laissée à demeure, quand on fait le pansement ; suppuration légère. L'œdème du membre opéré a disparu.

Le 20, T. 37°. Accidents de congestion pulmonaire plus accusés, battements cardiaques indistincts. Œdème de la main du côté sain. Accidents de délire. La plaie s'est rétrécie en tous sens et a bon aspect.

Le 24. Suppuration bleue, qui persiste jusqu'à guérison complète.

Les accidents cardiaques s'accusent le 31 décembre et le 1^{er} janvier 1888 ; le malade ne peut rester couché pour dormir.

Le 2 janvier. Chute du fil qui a lié l'artère. Il y avait donc eu de la suppuration en ce point au moins. Nous sommes au vingt-huitième jour de l'opération.

Le 24 janvier. Le bras est tout à fait guéri, soit au bout de cinquante jours ; mais les accidents cardiaques s'aggravent, si bien que l'opéré succombe le 4 février, c'est-à-dire deux mois après son opération.

Voici les quelques réflexions que M. le D^r Pluyette ajoute à sa très intéressante observation :

Il fait remarquer, à juste titre, que les observations d'anévrysmes spontanés du pli du coude sont rares, et rappelle les cas de Pelletan, J. Bœckel, Langton et Bowlby, Pollock.

Dans le fait qu'il a observé, il lui paraît douteux que l'altération artérielle soit primitive, au même titre que les lésions cardiaques et rénales. Aussi n'est-ce pas une contre-indication pour intervenir par la ligature, comme l'ont indiqué MM. Bucquoy et Tillaux¹ dans un fait d'anévrysme de la crurale avec insuffisance et rétrécissement aortique.

¹ *Société médicale des hôpitaux*, 27 avril 1888.

S'appuyant sur l'intégrité du système artériel, constatée à l'autopsie dans le fait de MM. Bucquoy et Tillaux, et sur le parfait état dans lequel il a trouvé l'artère humérale de son malade, M. Pluyette pense que l'origine de la lésion qui a déterminé l'anévrysme est cardiaque.

Langton et Bowlby¹ pensent, en s'appuyant sur des pièces anatomiques, que lors d'endocardite végétante ou ulcéreuse les embolies pouvaient produire un anévrysme au point même de l'oblitération. Cette opinion, adoptée par Pollock, fut admise par MM. Bucquoy et Rendu ; l'anévrysme ne serait pas seulement embolique, mais peut-être microbien, vu la nature microbienne de certaines endocardites.

Toujours est-il que M. Pluyette admet absolument l'origine embolique de l'anévrysme qu'il a eu à traiter, et même de tous les anévrysmes spontanés du pli du coude, opinion qu'il faudrait appuyer sur un plus grand nombre d'observations que celles citées par l'auteur.

Imitant Pelletan, M. Pluyette, certainement forcé par les circonstances, n'a pas hésité à utiliser la méthode ancienne : ligature au-dessus du sac, ouverture du sac et recherche du bout inférieur. Comme il le fait remarquer, cette méthode devient tout autre avec les précautions antiseptiques listériennes ; c'est précisément ce que l'on a dit à propos de l'extirpation du sac, fort acceptable dans nombre de cas, et que j'aurais peut-être encore plus de tendance à préconiser que la méthode d'Antyllus.

L'utilisation des antiseptiques devait-elle entraîner, comme semble le croire M. Pluyette, l'emploi du catgut comme agent de ligature de l'artère ? Je ne le crois pas ; l'auteur aurait pu utiliser le catgut, comme il a utilisé la soie ; toutefois, sa soie n'était pas aseptique comme il le dit, puisque la ligature a été éliminée, ce qui ne doit pas arriver lors de ligature aseptique : fil ou catgut.

Dans quelle mesure l'intervention chirurgicale a-t-elle influencé la lésion cardio-rénale, la prothésie cardiaque, comme on le dit aujourd'hui ?

Telle est la dernière question que se pose M. Pluyette.

Il croit que l'opération a tout d'abord amélioré l'état général, et dans des proportions telles que la guérison de la ligature et de la plaie a pu s'effectuer. Tardivement les accidents cardiaques ont repris et ont entraîné la mort ; mais cette recrudescence ne peut être attribuée à un trauma qui était guéri. Nous partageons assez l'opinion de l'auteur sur ce point ; d'ailleurs, ici, l'intervention s'imposait, l'anévrysme étant sur le point de se rompre.

¹ *Semaine médicale*, 1886, p. 500.

En résumé, un peu poussé par les circonstances, M. Pluyette n'a pas hésité, chez un cardiaque, à utiliser une méthode radicale de traitement des anévrysmes ; en cela il a bien fait, et je crois que cette tendance doit être encouragée, car elle me paraît la véritable voie dans laquelle on peut s'engager aujourd'hui avec les procédés antiseptiques actuels.

Discussion.

M. QUÉNU. M. Terrier a soulevé toute une série de questions intéressantes relativement à la pathogénie et au traitement des anévrysmes. Je n'ai que quelques réflexions à faire sur ce dernier point : je comprends peu que notre confrère de Marseille ait hésité à faire bénéficier son malade de l'anesthésie chloroformique, sous prétexte qu'il avait une affection cardiaque. Je crois, pour ma part, que les lésions du cœur ne sont nullement une contre-indication absolue à l'emploi des anesthésiques. J'ai donné à plusieurs reprises du chloroforme à des malades atteints de lésions mitrales et de lésions aortiques ; j'ai seulement apporté plus de soins, s'il est possible, à son administration ; je n'ai remarqué ni plus de tendance à l'asphyxie, ni plus de tendance à la syncope ; l'état du poumon est peut-être, à mon sens, au moins aussi important que l'état du cœur. J'ai endormi entre autres, il y a cinq ou six mois, un malade atteint d'un anévrysme de l'artère crurale et d'une insuffisance aortique des plus développées. Ce malade, âgé de 28 à 30 ans, était cachectique, sujet à des épistaxis, gastralgique, en proie à des lypothymies fréquentes. Je lui fis la ligature de l'artère crurale sous l'arcade fémorale (dans le service de M. Terrier), et je relate d'autant mieux le fait que l'histoire du rétablissement de la circulation à la suite de ligatures d'artères chez des cardiaques n'est pas encore faite. Pendant plus de huit jours, j'ai interrogé anxieusement le pouls et la température du pied sans constater aucun signe de rétablissement circulatoire. Le neuvième jour seulement, une goutte de sang est venue à la piqûre, et peu à peu le sang et la chaleur ont reparu. Du côté de la tumeur anévrysmale, les battements ont reparu quelques jours après l'opération, mais très atténués ; peu à peu ils ont fini par disparaître.

J'ai revu le malade il y a deux ou trois mois au dispensaire Pereire : il n'existait plus de tumeur pulsatile au pli de l'aîne ; seuls les accidents divers dus à l'affection cardiaque avaient continué et s'étaient même accrus.

M. TERRIER. Il est utile qu'il soit dit et bien entendu qu'on peut, sans péril sérieux, donner du chloroforme aux cardiaques. L'in-

suffisance aortique, en particulier, ne saurait être considérée comme une contre-indication opératoire lorsque les sujets qui en sont atteints se trouvent justiciables d'une intervention chirurgicale même sérieuse. Ces matières sont capitales, et c'est pourquoi les observations judicieuses de M. Quénu méritent d'être consignées avec le plus grand soin.

Suite de la discussion sur le traitement des fibromes utérins par l'électricité.

M. TRÉLAT. En présence des discussions qui ont été récemment soulevées, soit en France, soit à l'étranger, par les assertions des partisans du traitement des fibromes par l'électricité, j'ai voulu me faire une opinion personnelle sur cette importante question de pratique, et dans ce but je me suis adressé à M. Apostoli, le protagoniste et le créateur de la méthode nouvelle, la seule dont nous ayons à juger aujourd'hui la valeur. Tout d'abord, j'ai pris auprès de lui les renseignements les plus circonstanciés sur la technique et les résultats du procédé qu'il a créé, puis je l'ai convié dans mon service; je lui ai confié plusieurs de mes malades, et c'est ainsi que j'ai pu soumettre au plus sérieux contrôle les principaux faits avancés par notre confrère, et consignés par lui dans le pli cacheté dont l'Académie de médecine a récemment pris connaissance.

M. Bouilly insistait mercredi dernier sur la variété des troubles provoqués par les fibromes utérins et surtout sur les périodes d'acalmie qui s'observent souvent sans qu'il soit possible de les expliquer par la puissance curative de tel ou tel procédé thérapeutique. Aussi bien notre collègue a-t-il quelque tendance à mettre les succès de l'électricité sur le compte des coïncidences. Rien n'est plus juste que la remarque de M. Bouilly sur l'existence de ces périodes de calme plus ou moins prolongé; nous connaissons tous des cas qui témoignent dans le même sens; mais est-il juste d'attribuer toujours à des coïncidences les améliorations symptomatiques revendiquées par le traitement électrique? Je ne le pense pas. En tout cas, si ces coïncidences se multiplient, et la discussion actuelle semble indiquer qu'il en est ainsi, il faudra bien s'incliner et reconnaître l'existence d'un lien de cause à effet entre le traitement et les modifications symptomatiques immédiates qui en découlent. Ceci dit, voici mes faits :

Voici maintenant mes observations, dont je possède la rédaction détaillée. Je me borne à un résumé aussi succinct que possible.

Obs. I. — Crois..., 48 ans, nullipare, souffreteuse, entre salle Gosselin

le 10 mai 1888. A 38 ans, ménorrhagies, anémie croissante; à 43 ans, fibrome reconnu. A l'entrée il dépasse le pubis de 10 centimètres sur 9 centimètres de large. En deux mois, 18 séances d'électrisation de 5 à 8 minutes de durée et variant de 60 à 170 milliampères. Disparition de l'anémie, des douleurs. Règles régularisées, quatre jours de durée. Diminution de la tumeur de moitié. Travail depuis longtemps interrompu, repris et continué. Revue en mai 1889. — Bon résultat.

Obs. II. — Saum..., 26 ans, entre à l'hôpital le 21 mai 1888. A eu 3 enfants. Fibrome reconnu en 1887. Dernier accouchement en mars 1888. Quinze jours après, brusque début de pelvi-péritonite. Reste alitée jusqu'à l'entrée à l'hôpital. Fibrome large, dépassant l'ombilic de 2 centimètres. Hystéromètre, 85 millimètres. Utérus fixé, immobile, douloureux. En deux mois, 16 séances de 50 à 150 milliampères. Diminution modérée de la tumeur, deux travers de doigt, mais disparition des douleurs, mobilité de l'organe, règles régulières, engraissement, aspect excellent. Une nouvelle séance en avril 1889. Revue en mai. Très bon état.

Obs. III. — Ferays..., 37 ans. Traitement externe à partir de décembre 1888. Fibrome interstitiel et sous-péritonéal à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic. Dysménorrhée menstruelle avec retentissement dans tout l'abdomen. Règles abondantes et prolongées (8 jours). Dix séances, dont huit négatives, variant de 80 à 150 milliampères en cinq mois. Jamais alitée; pas d'accidents. Amélioration rapide. Disparition des ménorrhagies, de la dysménorrhée, des douleurs abdominales. Règles ramenées à une durée de trois jours. La tumeur est descendue à 4 travers de doigt de l'ombilic. Marche, travail facile. Santé complète.

Obs. IV. — Baco..., 28 ans, bipare, entre salle Gosselin le 24 décembre 1888. Garde le lit depuis plusieurs mois, fièvre, douleurs. Tumeur volumineuse (10 centimètres au-dessus du pubis) et large de 17 centimètres. Au début, examen presque impossible à cause de la douleur. Plus tard, on constate le volume de la tumeur, sa fixité, la pelvi-péritonite subaiguë, avec ovaro-salpingite double, l'impossibilité de l'hystérométrie. Traitement électrique du 4 février au 20 avril; 11 séances de 30 à 100 milliampères. Pendant les quatre premières séances on ne pénétrait que de 3 centimètres dans l'utérus. A la cinquième séance le pôle positif pénètre de 7 centimètres. Au commencement d'avril je constate la diminution de la tumeur et un changement total de ses signes. Les douleurs ont disparu et l'exploration minutieuse est facile. La tumeur a diminué de 3 centimètres en hauteur et de moitié transversalement. Fin avril, la malade reprend son travail de femme de ménage.

Obs. V. — Lapi..., 26 ans, vue en février 1889. Fibrome gros comme le poing. Hystéromètre, 9 centimètres. Marche difficile et douloureuse. Dysménorrhée, douleurs abdominales. En trois semaines, 3 séances de

100 à 140 milliampères. Quitte Paris brusquement. Revue le 17 juin. Aucun accident; très bon état; hystéromètre, 75 millimètres.

Obs. VI. — Thur..., 37 ans, nullipare, entre à la Charité le 1^{er} septembre 1888. — Tumeur volumineuse dépassant l'ombilic de 8 centimètres; col très haut, presque inaccessible; hystérométrie totale impossible. L'hystéromètre en platine pénètre à peine dans les premières séances. Dix séances en un mois, de 90 à 150 milliampères. Apparition des règles du 27 au 30 octobre 1888. A la suite, fièvre irrégulière pendant le mois de novembre. J'attribue ces accès à la rétention des produits de la galvanocautérisation et des règles. Après diverses tentatives nous parvenons à dilater la cavité utérine et à la laver. La fièvre cesse et l'état de la malade s'améliore rapidement. Au bout de cinq mois de séjour, elle quitte l'hôpital et reprend son travail. Elle a eu dernièrement (9 juin 1889) un léger retour de douleurs, mais l'état général est toujours satisfaisant.

Obs. VII. — Bourg..., 39 ans, entre à l'hôpital le 1^{er} octobre 1888, pour métrorrhagies abondantes, avec anémie des plus caractérisées. Gros fibrome interstitiel à 7 centimètres au-dessus de l'ombilic. Cavité utérine, 135 millimètres. Du 1^{er} au 22 octobre, 6 séances, dont 3 avec l'hystéromètre en charbon, de 80 à 150 milliampères, pendant une durée de 10 à 15 minutes. L'amélioration a été très rapide. Les règles du 10 au 16 octobre ont été retardées et abrégées. La malade se sent forte et en si bon état qu'à la fin du mois elle veut, malgré nous, quitter l'hôpital.

Tels sont les faits que j'ai pu observer. Ils témoignent que la méthode n'est pas dangereuse. Mes 7 malades ont subi 74 séances, dont la durée a varié de 5 à 15 minutes, le plus souvent de 5 à 10 minutes, et l'intensité, de 30 à 150 milliampères.

Il n'y a eu aucun accident sérieux. Je dirais même aucun accident, n'étaient ces phénomènes de rétention observés chez la malade du n° 6. Et encore ces phénomènes sont-ils beaucoup mieux attribuables au cas particulier caractérisé par l'élévation et l'impénétrabilité du col utérin qu'à la méthode thérapeutique.

Si difficile qu'on se montre, il est impossible de nier les bénéfices du traitement; ceux-ci sont de deux ordres inégaux: l'amélioration symptomatique, accusée, à peu près constante, s'adressant surtout à la douleur et à l'hémorrhagie, et l'amélioration matérielle, anatomique, c'est-à-dire la diminution du volume des tumeurs. Celle-ci est moins fréquente et beaucoup moins prononcée que la première. Cependant nous la trouvons très caractérisée dans notre observation 1, et encore bien marquée dans les observations 3 et 4.

Dans ces conditions, et en tenant compte de la gravité réelle des opérations d'hystérectomie, de la préoccupation constante des chi-

rurgiens pour éviter ces opérations radicales, de l'incertitude qui règne encore sur les indications si multiples et si variées des fibromes utérins, je n'aperçois, quant à moi, rien qui puisse nous détourner d'étudier, d'essayer et d'observer une méthode thérapeutique inoffensive, et qui, pour être simplement palliative, aurait, si les observations ultérieures témoignent dans le même sens que les nôtres, la très réelle valeur de rendre tolérables et compatibles avec la vie un très grand nombre de fibromes qui nous imposent aujourd'hui des opérations sanglantes plus ou moins graves.

M. Paul BERGER. Il y a longtemps déjà que j'étais décidé à soumettre à une étude rigoureuse le traitement des fibromes utérins par les courants électriques et particulièrement par la méthode du Dr Apostoli. J'y avais été engagé, comme plusieurs de nos collègues, non seulement par les résultats peu encourageants qu'à donné jusqu'à ce jour l'hystérectomie abdominale dans le traitement de ces affections, et par l'incertitude qui règne encore sur la valeur réelle d'autres opérations moins meurtrières, quoique fort graves encore, telles que la castration et l'extirpation intra-utérine par morcellement; non seulement par la simplicité et l'immunité du traitement électrique et par les succès qu'elle a valus à son principal promoteur, mais par la faveur avec laquelle cette méthode a été accueillie en Angleterre par des hommes dont le nom fait autorité en pareille matière, particulièrement par Keith, père et fils, par Playfair et par Spencer Wells.

Installé depuis peu à l'hôpital Lariboisière, ce n'est que depuis la fin de l'année dernière que j'ai pu mettre mon projet à exécution. Aussi, quoique j'aie à vous apporter ici plusieurs cas assez probants, mon observation n'a-t-elle été ni assez fréquente ni assez prolongée, et j'eusse encore différé, afin de vous apporter des résultats plus nombreux et plus certains, si cette discussion ne m'engageait à vous faire part, dès à présent, des faits que j'ai observés.

Je tiens à dire, tout d'abord, que, désirant soumettre le traitement électrique à une épreuve des plus sérieuses, c'est au Dr Apostoli lui-même que je me suis adressé pour l'appliquer. Il me saura gré de déclarer que si, dans les observations que je viens vous communiquer, il a rédigé lui-même la partie purement technique, l'examen des malades a toujours été fait et dicté séance tenante par moi-même au début et à la fin du traitement, et que les résultats que je donne, tant pour ce qui est de l'examen physique des malades par le palper abdominal, par le toucher, par la mensuration, que pour ce qui a trait aux phénomènes fonctionnels, a été constaté et, je le répète, dicté aussitôt par moi, en présence des élèves de mon service.

Indépendamment des malades qui sont actuellement et depuis peu en traitement à la salle Denonvilliers, j'ai confié à M. Apostoli cinq femmes dont quatre étaient atteintes de fibromes interstitiels et sous-péritonéaux ; de ces tumeurs, deux étaient enclavées dans la cavité pelvienne, qu'elles remplissaient en grande partie. Dans un dernier cas il s'agissait d'un fibrome interstitiel, sous-muqueux, véritable polype fibreux sessile volumineux, remplissant le vagin.

Voici d'abord la relation sommaire de ces cinq observations que je ferai suivre d'un court résumé du résultat que j'ai obtenu dans ces différents cas.

Obs. I. — R..., âgée de 48 ans, présente, depuis l'âge de 41 ans, des règles plus abondantes qui, depuis quelques années, dégénèrent en ménorrhagies, entre lesquelles s'établit une leucorrhée habituelle ; le ventre a graduellement augmenté. En juillet et août 1888, sont survenues de véritables hémorrhagies à la suite desquelles la malade s'est vue contrainte d'entrer à l'hôpital. Elle y contracte une fièvre muqueuse, à la suite de laquelle les hémorrhagies reprennent et résistent au traitement par l'ergotine.

Le 27 novembre elle est confiée à M. Apostoli : à ce moment, l'état général est mauvais, l'anémie est extrême, le ventre est presque constamment douloureux et la malade ne peut guère quitter le lit.

L'examen pratiqué par M. Berger démontre l'existence de deux tumeurs distinctes : l'une, plus grosse qu'une orange, occupant le cul-de-sac de Douglas, perceptible par le toucher vaginal et le toucher rectal, immobilisant le col utérin ; l'autre, abdominale, remontant à deux travers de doigt de l'ombilic.

Du 27 novembre au 6 mars 1889, dix-neuf séances de galvano-caustique chimique positive intra-utérine sont pratiquées par M. Apostoli avec une intensité de 40 à 150 milliampères, et une durée de cinq à dix minutes. Au début, la température a oscillé entre 37 et 38° et même 38°,5 ; mais la malade n'a accusé que peu de malaise, et un peu de douleur après les premières séances dans la fosse iliaque droite. Il y a eu en même temps un peu d'écoulement leucorrhéique, chaque séance étant suivie d'un léger écoulement sanguin.

Les règles sont redevenues régulières dès le commencement du traitement : l'appétit et les forces sont revenues.

Deux mois après le début, M. Berger constate une diminution des deux tiers du fibrome enclavé dans le bassin. Le 6 mars, la malade se trouve si bien qu'elle demande à quitter l'hôpital, et elle reprend son métier de couturière.

A ce moment, l'état physique constaté par M. Berger est le suivant : La distance du fond de la tumeur abdominale à l'ombilic est de quatre travers de doigt ; au toucher vaginal, on sent le col utérin mobile ; on ne perçoit plus aucune tumeur dans le cul-de-sac de Douglas, ni par le toucher vaginal, ni par le toucher rectal.

Depuis sa sortie, la malade a été reprise d'une hémorrhagie peu

abondante qui a cédé à deux séances d'électrisation intra-utérine, le 11 et le 18 mai. Depuis lors, elle n'a ressenti aucun nouveau trouble de santé quoiqu'elle ait continué à travailler dix ou douze heures par jour.

Obs. II. — G..., âgée de 25 ans, a remarqué, en 1883, que son ventre grossissait : les règles se sont supprimées, puis, en 1885, est survenue une ménorrhagie des plus abondantes accompagnée de douleurs vives. En 1887, à la suite d'une poussée grave de péritonite, l'augmentation de volume du ventre s'est accentuée, les douleurs, les pertes sont devenues continuelles.

Actuellement l'anémie est extrême, l'aspect presque cachectique, l'impotence absolue ; depuis quelques mois, la malade garde presque complètement le lit. Le ventre est énorme, distendu par des tumeurs bosselées qui s'étendent jusqu'au rebord des fausses côtes gauches, remplissent le flanc gauche, arrivent à deux travers de doigt de l'appendice xyphoïde, passent à un travers de doigt des fausses côtes droites. Dans la fosse iliaque droite est une tumeur fluctuante, distincte, qu'on peut considérer comme une dilatation kystique de la trompe.

L'utérus est enclavé dans la concavité du sacrum, et l'hystérométrie complète est impossible.

Du 12 février au 14 juin, dix-sept séances de galvano-caustique intra-utérine sont pratiquées, dont quinze avec le pôle positif, deux avec le pôle négatif. Le traitement a constamment été entravé par une intolérance extrême de la malade pour le courant, intolérance caractérisée par des douleurs vives, rapportées à la matrice, dès le début de chaque séance, par de légères élévations fébriles et par un peu de perte de sang après la plupart d'entre elles ; en raison de ce fait, il a été impossible de dépasser 100 milliampères le plus souvent on n'est arrivé qu'à 50, 60 ou 70, et les séances n'ont pu être prolongées plus de cinq minutes. C'est en vain qu'on a cherché à substituer le pôle négatif au positif, et l'électrode en charbon à l'électrode en platine : les séances ont généralement été mal supportées.

En raison de ce fait, probablement, il n'y a pas eu d'amélioration fonctionnelle notable ; parfois on a noté un peu de mieux bientôt annulé par de nouvelles rechutes ; à deux reprises, il y a eu des poussées péritoniques très douloureuses quoique peu graves. Cependant l'examen de la malade pratiqué par M. Berger, le 11 mai, montre que la tumeur n'arrive plus qu'à un travers de doigt et demi des fausses côtes gauches, qu'elle est distante de quatre travers de doigt de l'appendice xyphoïde et de trois bons travers de doigt des fausses côtes droites ; elle a un peu diminué de volume.

Cette observation est la seule où j'ai eu à noter un insuccès du traitement. Celui-ci a été dû à l'intolérance de la malade pour les courants et probablement à l'existence d'un état inflammatoire des annexes (la trompe droite était kystique). Il s'agissait, d'ailleurs,

d'une tumeur réellement énorme, qui, malgré cet échec, a diminué de volume d'une manière appréciable.

Obs. III. — H..., âgée de 46 ans, a remarqué depuis deux ans le développement d'une tumeur abdominale, en même temps que ses règles devenaient plus abondantes et que s'établissaient des ménorrhagies avec expulsion de caillots à chaque époque. La malade a perdu ses forces, a maigri, et en dernier lieu a dû interrompre ses occupations habituelles.

Le 9 mars 1889 elle se présente avec une grosse tumeur fibreuse, globuleuse, affectant la forme d'un utérus gravide. Cette tumeur remonte à quatre travers de doigt de l'ombilic ; les mouvements qui lui sont imprimés se communiquent au col utérin ; il n'y a pas de tumeur vaginale.

Du 9 mars au 5 juin, M. Apostoli pratique seize séances de galvano-caustie intra-utérine positive avec un courant variant de 70 à 200 milliampères. Ces séances sont parfaitement supportées : les premières seules déterminent un peu d'écoulement leucorrhéique. Il n'y a aucune réaction d'ailleurs.

Les règles diminuent d'abondance, puis redeviennent normales, tout en conservant un peu d'avance d'une période sur la précédente. Le 5 juin, l'état général est parfait, la malade demande à retourner chez elle ; la tumeur est distante de l'ombilic de cinq bons travers de doigt ; elle a manifestement diminué de volume. A aucun moment, bien que la malade n'ait pas gardé le lit, il ne s'est produit de perte nouvelle.

Obs. IV. — C. B..., âgée de 28 ans, sans autres antécédents spéciaux, a subitement été prise, il y quatre mois, de ménorrhagie avec douleurs abdominales dont la continuité l'a déterminée à entrer à l'hôpital. L'état général à ce moment (22 mars) est assez bon ; à l'examen physique, on constate l'existence d'un fibrome qui remplit l'excavation pelvienne, et dont le diamètre vertical apprécié par l'examen bimanuel est de 14 centimètres environ.

Du 5 au 25 avril 1889, six séances galvano-caustiques positives sont pratiquées par M. Apostoli, avec une intensité de 95 à 170 miliampères ; ces séances ont toujours été parfaitement supportées ; dès les premières, la malade a senti de l'amélioration, et le 25 avril il est impossible de la retenir plus longtemps à l'hôpital.

Depuis sa sortie (2 mois), les règles sont revenues avec une abondance normale ; elle n'a plus éprouvé de douleurs. L'examen pratiqué par M. Berger, le 11 juin, donne le résultat suivant :

Le toucher vaginal et le toucher rectal seul ne permettent de reconnaître aucune espèce de tumeur ; celle-ci ne se sent que vaguement à la palpation hypogastrique : seule l'exploration bimanuelle permet de la retrouver nettement et de mesurer son diamètre, qui est de 5 à 6 centimètres au plus ; l'utérus est parfaitement mobile et le col utérin s'est fermé. Il y a eu une diminution des plus évidentes de la tumeur.

La dernière observation diffère absolument des précédentes par la nature du cas lui-même et par l'indication du traitement :

Obs. V. — Une femme de 48 ans entre dans le service, le 14 mars, dans un état d'anémie voisin de l'épuisement. Depuis 1888, une métrorrhagie s'est établie sans interruption, mais avec des exacerbations redoutables dont la dernière a commencé en février. Celle-ci s'est continuée jusqu'au 2 avril 1889, quinze jours après l'entrée de la malade à l'hôpital; elle a résisté à tous les traitements et ne s'est terminée que lorsque la malade a été réduite à un état d'anémie voisin de la mort. Cet état était tel que je n'ai pas osé recourir à une opération, presque certain que la perte de sang déterminée par celle-ci ne pourrait être supportée : cependant il s'agissait d'un polype fibreux remplissant le vagin, gros comme une petite orange, largement sessile sur la lèvre antérieure et dans la cavité utérine, et que le doigt ne pouvait contourner qu'avec difficulté. En raison du volume du ventre, il était difficile d'apprécier l'état de l'utérus et la saillie abdominale de la tumeur.

Voulant, avant d'entreprendre une opération, arrêter les pertes et relever l'état général, je priai M. Apostoli d'entreprendre le traitement de cette malade; il employa la galvano-puncture, et, du 2 avril au 11 juin, il fit dix séances positives avec une intensité de 100 milliampères.

Ces séances n'ont déterminé ni écoulement sanguin, ni réaction d'aucune sorte; une seule fois, le 23 avril, il y a eu un petit retour de perte sanguine, probablement les règles : celles-ci sont franchement et normalement rétablies le 30 mai. La malade est revenue à la vie; elle se lève, elle mange de bon appétit, elle ne ressent aucune douleur. Le 11 juin, je la laisse partir en convalescence, l'avertissant de revenir pour subir un nouvel examen et pour être débarrassée de son fibrome, que j'ai l'intention de lui enlever par la voie vaginale après avoir suivi quelque temps la marche de cette surprenante amélioration.

La tumeur vaginale a d'ailleurs diminué, le doigt peut en faire facilement le tour et sentir l'orifice du col, ce qui n'était pas possible avant le traitement.

Il y a eu une diminution de volume manifeste du fibrome, mais surtout un arrêt complet d'une perte qui durait depuis un an et qui menaçait de devenir mortelle.

Je n'insiste pas sur la technique de ce traitement, car elle se trouve exposée dans les écrits du D^r Apostoli, dans la thèse du D^r Carlet et dans plusieurs autres travaux publiés en France et à l'étranger. Je relèverai seulement les points suivants :

Dans les quatre cas de fibromes interstitiels et sous-péritonéaux que je lui ai donnés à traiter, M. Apostoli a eu toujours recours à la galvanocaustie intra-utérine faite avec le pôle positif. Ce n'est que dans le cas de ce polype fibreux remplissant le vagin qu'il a

eu recours à la galvanopuncture pratiquée avec le pôle positif.

Les séances ont été répétées à des intervalles variant de trois à huit jours, suivant les cas, suivant les circonstances (interruptions causées par l'apparition des règles); elles duraient 5, 6 minutes, quelquefois plus. L'intensité du courant employé, assez faible en commençant (50 à 60 mill.), était élevée graduellement à mesure que l'on s'assurait de la tolérance de la malade pour ses effets. Dans trois des cas où M. Apostoli a employé la galvanocaustie intra-utérine, il a atteint 158, 170 et 200 milliampères sans accidents et sans déterminer de réaction. Dans la deuxième observation, il n'a pu atteindre que 100°, et même il a fallu se borner le plus souvent à 60, 70 ou 80 milliampères : la galvanocaustie négative, qui a été employée dans deux séances chez cette malade, n'a pas été mieux supportée que la positive. — La galvanopuncture, chez la malade atteinte de polype, a été pratiquée avec un courant de 90 à 110 milliampères.

Le nombre des séances a été de 19, 17 et 16 séances pour les trois premières malades; la quatrième se trouva suffisamment améliorée après la sixième séance pour réclamer impérieusement sa sortie : le traitement pour elle n'avait duré que trois semaines, tandis que pour les autres il avait été de trois et quatre mois : néanmoins, revue au bout de deux mois, le résultat s'était maintenu. La malade au polype, traitée par galvanopuncture, subit en six semaines dix séances.

Quant aux résultats obtenus, ils ont été, en résumé, les suivants :

Je n'ai jamais eu à regretter d'accidents graves : une seule malade, celle de la deuxième observation, montra pour les courants électriques une intolérance extrême, caractérisée par des douleurs excessives survenant dès le début de chaque séance et forçant à en abrégier la durée : les séances, chez elle, étaient suivies d'un peu de perte sanguine; enfin, à deux reprises, au cours du traitement, elle eut des poussées péritonitiques assez vives, semblables du reste à celles qu'elle avait avant le traitement. Il faut remarquer que cette malade non seulement est atteinte d'une tumeur énorme qui remplit toute la cavité abdominale, mais qu'elle présente en outre une affection inflammatoire des annexes, circonstance que M. Apo-toli avait signalée comme essentiellement défavorable au traitement électrique.

Chez les autres malades, je n'ai jamais eu d'accidents. Les premières séances électriques ont été parfois suivies d'un peu de sensibilité, quelquefois même d'une élévation de la température à 38° ou 38°,2; il est vrai de dire que deux d'entre elles présentaient un peu de réaction fébrile même avant le début du traitement. La perte de sang déterminée par chaque séance a été presque toujours

absolument nulle, en tout cas insignifiante. Dans un cas seulement (obs. IV), un écoulement leucorrhéique abondant se fit après la première séance d'électrisation.

Voici maintenant ce qui a été obtenu :

1° Au point de vue du *volume* du fibrome, il y a toujours eu une diminution. Celle-ci a été appréciable même chez cette malade de la deuxième observation qui, atteinte d'énormes fibromes, supportait mal les séances ; elle a été manifeste chez deux autres malades (obs. III et IV), chez lesquelles les mensurations exactes ont montré que les tumeurs remontaient à plusieurs centimètres de moins du côté de l'ombilic qu'avant le traitement. Cette diminution a été jusqu'à la disparition presque complète chez les malades qui font le sujet des première et quatrième observations. Chez la première, je ne pus retrouver trace d'un fibrome qui remplissait l'excavation pelvienne, tandis qu'un autre fibrome, abdominal, était très notablement diminué de volume. Chez la dernière, une tumeur qui était enclavée dans le bassin ne pouvait plus être sentie que par le toucher vaginal et le palper combinés. Ces faits, je ne les croirais pas si je ne les avais constatés si je n'avais noté et dicté moi-même avant et après le traitement le volume exact des tumeurs.

2° Pour ce qui est des *phénomènes fonctionnels* : les ménorrhagies et les métrorrhagies ont toujours été et sont depuis lors restées arrêtées. Dans un seul cas, une perte légère s'est produite après la cessation du traitement, et a été arrêtée par quelques séances supplémentaires. L'écoulement menstruel, chez ces malades, s'est reproduit au cours du traitement d'abord avec une abondance exagérée ; aux époques suivantes, il s'est régularisé et est redevenu normal ; chez une d'elles (obs. III), une des époques menstruelles s'est trouvée avancer de cinq à six jours sans être, d'ailleurs, trop abondante. L'effet hémostatique a surtout été surprenant pour le sujet de l'observation V (polype fibreux), qui depuis un an était atteinte d'une métrorrhagie presque continuelle ; chez laquelle, depuis quinze jours, une perte colossale, que rien n'avait d'abord pu arrêter, s'était établie et avait failli amener la mort. Cette femme était dans un état d'anémie tel que je n'osais attaquer son fibrome, craignant de la perdre au cours même de l'opération. A partir du moment où la galvanopuncture fut employée, la perte ne se reproduisit plus, les règles revinrent avec une abondance et une durée normales, et quand elle eut repris ses forces, la malade put se lever tous les jours sans voir se reproduire d'écoulement sanguin, ce qui ne lui était pas arrivé depuis un an.

3° Enfin, l'état général de ces femmes s'améliora en proportion de la cessation de leurs hémorrhagies : l'appétit, les forces

revinrent; celles qui étaient, depuis un temps plus ou moins long, dans un état d'impotence absolue purent se lever et demandèrent à vaquer à leurs travaux. L'une d'elles même se trouva tellement améliorée au bout de trois semaines de traitement que nous ne pûmes la maintenir plus longtemps à l'hôpital (obs. IV). Une seule n'éprouva aucune amélioration fonctionnelle, ou une amélioration insignifiante; mais cette absence de résultats ne s'explique malheureusement que trop par le volume même de la tumeur et par l'intolérance de la malade pour le traitement électrique.

Ainsi, diminution du volume de la tumeur dans tous les cas, pouvant aller, dans quelques-uns, jusqu'à une disparition presque complète, dans la plupart d'entre eux (4 sur 5), cessation des hémorrhagies, régularisation des fonctions menstruelles, disparition de l'impotence, restauration des forces et de l'état général, tels sont les résultats que nous avons observés.

Ces résultats sont-ils imputables au traitement par l'électricité?

Si les malades en question avaient été soumises en même temps à quelque autre traitement ou même au repos au lit, adjuvant si puissant qu'il peut être même considéré comme le moyen de traitement principal dans bon nombre d'affections utérines, on pourrait en douter peut-être et attribuer à quelque autre moyen l'amélioration obtenue; mais il n'en a rien été; les malades soumises au traitement par la méthode du Dr Apostoli n'ont pris en même temps aucun autre médicament (sauf quelques toniques), elles n'ont été soumises à aucune autre médication, bains, douches ou autres, elles n'ont même pas été maintenues au repos au lit.

Je sais bien que quelques-uns de nos collègues pourraient être tentés d'expliquer ces faits par une simple coïncidence, par une de ces modifications imprévues qui surviennent, dit-on, dans l'évolution des fibromes. On verrait de temps à autre de ces tumeurs diminuer spontanément de volume, tous les troubles qu'elles provoquent disparaître pour un temps plus ou moins long sans cause appréciable. Je ne nie pas l'existence de ces faits, mais je ne les ai jamais observés en dehors de la ménopause et de l'état puerpéral. Peut-être mon expérience sur ce point est-elle moins étendue que d'autres; mais si j'ai souvent constaté des périodes d'accalmie dans les troubles fonctionnels déterminés par des tumeurs fibreuses, je n'ai jamais jusqu'à présent vu celles-ci diminuer spontanément de volume d'une manière appréciable, à plus forte raison disparaître presque complètement; personne ne voudra raisonnablement prétendre que les premiers faits de ce genre que j'ai observés soient précisément les cinq cas sur lesquels j'ai essayé le traitement électrique, tandis que depuis un an j'ai vu je ne sais combien de fibromes qui n'ont pas bougé pendant tout

le temps que je les ai tenus en observation. Les résultats que j'ai observés sont donc effectivement dus à l'action des courants électriques.

Mais, me dira-t-on, ces résultats sont-ils définitifs ; ne constituent-ils pas une amélioration toute passagère ? Telle est l'opinion qu'a laissé entrevoir M. Bouilly et que je me permettrai pour le moment de ne pas discuter, car nous sommes insuffisamment armés pour le faire. Notre expérience sur ce point, à la plupart d'entre nous du moins, est beaucoup trop courte pour que nous puissions nous prononcer sur l'efficacité définitive d'une méthode dont les effets, pour être considérés comme durables, doivent se prolonger pendant des années. Il en est de même du caractère purement palliatif du traitement électrique que l'on oppose au traitement curatif par l'opération. A cet égard, bien des réserves pourraient être faites à propos des méthodes opératoires elles-mêmes. L'opération de Battey est-elle autre chose qu'une opération palliative, et même infidèle, quoique au prix d'une intervention, somme toute, très sérieuse ? L'énucléation intra-utérine, le morcellement, l'ablation par voie vaginale, sont-elles dans tous les cas des opérations complètes et dont les résultats soient définitifs ? Nous pourrions également invoquer l'opinion d'ovariotomistes illustres, de Spencer Wells, de Keith et d'autres qui, après avoir fait donner à l'hystérectomie abdominale tout ce qu'elle peut donner actuellement, la rejettent et la condamnent même formellement en raison des succès que leur a donnés la méthode de M. Apostoli. Ce qu'ils y ont cherché et trouvé, ce n'est pas une action curative, au sens rigoureux du mot, c'est la disparition des phénomènes graves ou simplement pénibles qui sont la conséquence même du fibrome et qui entravent la vie active de la femme ou même menacent son existence. Le Dr Apostoli lui-même, auquel il faut reconnaître le mérite d'avoir été depuis de longues années le promoteur convaincu de la méthode nouvelle, d'avoir étudié et minutieusement précisé les règles de son application et sa technique, d'avoir construit et amélioré son appareil instrumental, ne prétend guère à autre chose : « Le traitement électrique, a-t-il dit, a pour résultat non pas la cure radicale des fibromes, mais la diminution de volume des tumeurs et le soulagement des malades auxquelles il rend la santé. »

Cette discussion a pour but de nous faire une opinion personnelle fondée sur des faits qui nous soient propres. Or, il faut reconnaître que ceux-ci sont encore trop récents et trop peu nombreux pour nous permettre de porter un jugement sur la durée des résultats que donne la méthode électrique, sur la portée de son action, c'est-à-dire sur le degré dans lequel elle peut amener une

guérison véritable ou un état qui en soit l'équivalent. A plus forte raison ne pouvons-nous préciser ses indications et dire les cas où elle se montrera particulièrement efficace. Ce qu'il nous est permis d'affirmer, en nous fondant sur les faits précis, c'est que la galvanocaustie intra-utérine, dans un bon nombre de cas, fait disparaître les troubles fonctionnels, les accidents auxquels donne lieu la présence des fibromes; qu'elle permet d'obtenir, au moins temporairement, la diminution de ceux-ci; qu'elle est d'une innocuité presque absolue lorsqu'elle est maniée avec prudence et savoir; et comme, en présence de la gravité excessive d'opérations qui tuent le cinquième ou le sixième au moins des malades sur lesquelles on les pratique, il faut chercher, dans la majorité des cas, à faire vivre les femmes avec leur fibrome en en prévenant les inconvénients et les dangers dans la mesure du possible, le traitement électrique qui permet, dans un bon nombre de cas, d'obtenir temporairement au moins ce résultat et qui ne change rien aux conditions de l'intervention chirurgicale active au cas où celle-ci deviendrait ultérieurement nécessaire, doit tout d'abord et avant toute opération être tenté dans la plupart des cas de fibromes qui donnent lieu à des accidents et qui ne sont pas justiciables d'une opération très simple.

Quand nous aurons, pendant quelque temps, suivi cette ligne de conduite, nous saurons à quoi nous en tenir, et une discussion nouvelle pourra nous permettre de répondre aux questions que celle-ci vient de soulever et que nous ne sommes pas à même de résoudre.

M. TILLAUX. Il y a bientôt quinze ans que j'ai expérimenté pour la première fois ce traitement des fibromes par l'électricité, et je n'ai jamais cessé de recourir, dans certains cas, à cette méthode de traitement, qui présente à mon avis de sérieux avantages. Sans insister sur les faits antérieurs de ma pratique, je tiens à vous relater seulement l'observation de trois malades sur lesquelles j'ai pu suivre tout récemment les effets du mode de traitement conseillé par le Dr Apostoli, le seul qui soit vraiment en cause dans notre discussion actuelle. Voici ces trois faits :

OBS. I. — Femme de 40 ans atteinte d'un fibrome interstitiel et sous-péritonéal énorme contre lequel tous les traitements classiques, et notamment deux saisons à Kreuznach, n'ont été suivis d'aucun succès. J'ai vu cette malade en janvier 1888. Sa santé générale était profondément altérée. Il existait des phénomènes de compression très graves. La masse néoplasique s'élevait jusqu'à 2 centimètres de l'appendice xyphoïde. Le Dr Apostoli commence le traitement en février 1888. Du 8 février au 16 juillet, M. Apostoli a fait 34 galvano-caustiques chi-

miques intra-utérines, dont 25 positives et 5 négatives. (Séances de 5 à 10 minutes. Intensité du courant rapidement élevé, 60 à 200 milliampères, sans qu'il en soit jamais résulté aucune réaction inflammatoire.) J'ai revu cette malade le 21 juillet, et j'ai été vivement frappé par le résultat obtenu. L'état général s'était notablement amélioré. La station debout pendant quelques heures était devenue possible, et les troubles dysménorrhéiques avaient complètement disparu. Quant au fibrome, il avait manifestement diminué de volume; il s'était, pour ainsi dire, désenclavé, et les troubles de compression avaient disparu. Depuis lors, la malade n'a rien perdu des bénéfices que lui a procurés le traitement électrique, qui a été continué par prudence. (22 séances du 24 juillet 1888 au 16 juin 1889.) Son état actuel est toujours satisfaisant.

Obs. II. — Femme de 38 ans. Fibrome sous-péritonéal remplissant la cavité abdominale, gênant la marche et déterminant des phénomènes de compression. M. Apostoli m'a adressé cette malade en décembre 1887 avant de commencer le traitement. Du 4 décembre 1887 à juillet 1888, M. Apostoli a fait 250 et 300 milliampères. La malade, très tolérante, a toujours supporté ces hautes doses sans l'ombre d'une réaction inflammatoire. Elle n'a jamais cessé de sortir et de faire de longues courses. J'ai revu cette malade le 24 juillet 1888, et j'ai pu constater les résultats obtenus : disparition des phénomènes douloureux, retour de la santé générale, mobilité plus grande et légère diminution de volume du fibrome. Cette amélioration s'est maintenue jusqu'à ce jour.

Obs. III. — Femme de 32 ans atteinte d'un fibrome utérin très douloureux avec lésion des annexes. J'ai prié le Dr Apostoli de venir soigner cette malade dans mon service de l'Hôtel-Dieu. Du 12 janvier 1888 au 7 février 1888, M. Apostoli a fait 8 galvano-caustiques intra-utérines positives. La malade n'a jamais voulu tolérer qu'un courant de 30 à 40 milliampères. En présence de cette intolérance, nous avons eu recours à l'anesthésie. Du 14 février au 27 mars, M. Apostoli a fait 4 galvanopunctures vaginales positives de 50 milliampères à l'aide d'une fine aiguille plongée à 1 centimètre de profondeur dans le tissu même du fibrome. Ces diverses tentatives n'ont donné aucun résultat. Mais c'est à la mauvaise volonté de la patiente qu'il faut surtout s'en prendre. Elle a quitté le service en refusant absolument de se soumettre à d'autres séances de traitement.

Laissant de côté cette troisième et dernière observation, dans laquelle notre insuccès doit être attribué beaucoup moins à la méthode qu'à l'indocilité de la patiente, j'appelle votre attention sur les autres malades dont je vous ai parlé. Les bons effets qu'elles ont retirés toutes deux du traitement électrique ne sont pas un instant contestables, et je pense que les faits de cet ordre sont des plus démonstratifs.

Je considère donc l'influence salutaire de l'électricité dans le

traitement des fibromes comme une vérité démontrée, et sans partager en aucune manière les exagérations manifestes de ceux qui veulent trop généraliser cette méthode thérapeutique, je pense qu'on doit y recourir dans un certain nombre de cas.

Lecture.

M. FORGUE lit un travail sur un cas du cancer du sein. (M. Reclus, rapporteur.)

Présentation d'instrument.

Installation de l'électricité au dispensaire Pereire,

Par M. QUÉNU.

Je présente à la Société, au nom de M. Sorel et au mien, un couteau galvanocaustique rigide, se rapprochant par sa forme, autant qu'il est possible, des instruments tranchants usités en chirurgie. Les couteaux galvaniques, actuellement existants et désignés sous le nom de couteaux rigides, ont une forme en arc plus incommode, et on peut tout au plus les comparer à des bistouris boutonnés. A ce point de vue, les diverses pièces du thermocautère sont bien préférables, et c'est dans le but d'utiliser la galvanocaustique dans les cas où on utilise le thermocautère que j'ai demandé à M. Sorel le moyen pratique de réaliser la construction d'un couteau dont je lui ai donné la forme. Le problème consistait à faire un couteau suffisamment rigide pour ne pas plier facilement (à l'ouverture d'un anthrax, par exemple), et d'autre part suffisamment mince pour ne pas exiger des courants électriques par trop intenses. M. Sorel, chef du laboratoire de chimie de M. Pereire, a eu l'idée de substituer au platine le platine iridié, en se basant sur les principes suivants : 1° l'iridium augmente beaucoup la résistance à la flexion et à l'accroissement, il élève considérablement la température de fusion de l'alliage; 2° jusqu'à 15 0/0, l'addition d'iridium au platine augmente la résistance électrique de l'alliage¹, de telle sorte qu'avec une même pile on peut

¹ La faible conductibilité du platine iridié permet de construire des galvanocautères ne s'échauffant que sur une très petite longueur, ce qui serait spécialement utile dans les opérations sur les cavités : larynx, nez, oreilles, etc.

employer un thermocautère en fil iridié, ayant une action quadruple d'un thermocautère en platine pur.

L'instrument ¹ construit par M. Sorel est un couteau dont la base a un diamètre de 2 millimètres; un laminage progressif l'a aplati et élargi de façon que les deux branches aient la forme d'une lame de canif. Le travail a été achevé à la lime.

La partie destinée à rougir a un millimètre au dos, un tiers de millimètre à la tranche sur une largeur de 2^{mm},5. Cet instrument est porté au blanc sur une longueur de 18 millimètres par un courant de 35 ampères.

Il faut, en somme, pour se servir de cet instrument, des sources électriques assez intenses, et ceci m'amène à dire deux mots de l'installation et de l'utilisation de l'électricité au dispensaire Pereire.

L'électricité est produite dans un petit pavillon indépendant du dispensaire, par un moteur à gaz, et emmagasinée dans des accumulateurs. Le dispensaire est entièrement éclairé à la lumière électrique; une série de lampes enfermées dans une même cage de verre sont installées au-dessus du lit d'opération; des lampes à incandescence, munies de globes spéciaux, servent aux examens laryngoscopiques, otoscopiques, etc. Dans chaque salle (salles d'opération, d'examen au speculum, de consultation pour la chirurgie, les oreilles, etc.) sont installées des prises d'électricité; sur le trajet des courants, on interpose une boîte de résistance graduée: nous avons ainsi continuellement à notre disposition un courant électrique que nous utilisons soit pour la galvanocautique, soit pour faire de l'électrisation induite.

Il nous sera également facile (cette installation n'est pas complète encore) d'employer notre source pour l'électrolyse; il suffirait pour cela d'interposer un courant; mais vu l'intensité du courant dont nous disposons, nous croyons plus pratique et plus prudent d'avoir un petit accumulateur d'une demi-ampère indépendant des autres et que nous chargerons avec notre source. Nous pourrions ensuite, au moyen d'un rhéostat, diviser ce courant en milliampères et l'utiliser pour le traitement des tumeurs érectiles, des fibromes, etc.

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire annuel,
S. Pozzi.

¹ Construit chez MM. Coutonnet et Godard.

Séance du 26 juin 1889.

Présidence de M. NICAISE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

- 1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;
 - 2° M. ROUTIER demande un congé d'un mois ;
 - 3° M. HORTELOUP s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;
 - 4° *Transactions of the american orthopedic association*. Volume I^{er}, 1889 ;
 - 5° *Note sur un cas de sarcome fasciculé de l'utérus, traité par l'hystérectomie*, par le D^r LARGEAU (de Niort).
-

Suite de la discussion sur le traitement des fibromes utérins par l'électricité.

M. NICAISE. C'est à Ciniselli (de Crémone) que l'on attribue le mérite d'avoir fait de la galvanocaustie chimique une méthode définie. Depuis ses travaux, l'on a essayé plusieurs fois d'appliquer l'électricité au traitement des tumeurs ; des mémoires nombreux ont été publiés, des discussions vives ont eu lieu, la question a sommeillé de temps en temps, puis a été reprise par un nouvel adepte, mais sans que jusqu'ici elle ait fait de grands progrès, sauf dans l'instrumentation de la technique opératoire.

Nestel (de New-York) a, pendant longtemps, préconisé le traitement des tumeurs malignes par la galvano-puncture ; il a d'abord prétendu guérir sans déterminer d'eschares, par le simple ratainement de la tumeur, qui disparaissait totalement ; mais il a fini par reconnaître que la tumeur était éliminée par mortification.

E. Cutter a publié, en 1878, in *American journ. of obstetrics*,

une statistique de 50 cas de tumeurs fibreuses de l'utérus, traitées par la galvano-puncture et ayant donné 4 morts.

Smeledor a énergiquement recommandé le traitement électrique des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus, et, en 1875, il publiait un mémoire retentissant sous le titre : « Plus d'ovariotomie. »

Dans ces dernières années, Semmola (de Naples) a repris le traitement galvanique des tumeurs, et, comme Nestel, il espérait en amener la destruction par atrophie lente, par formation d'une sorte de tissu cicatriciel interstitiel ; mais il ne put démontrer le fait ; il se produisait des eschares autour des électrodes.

M. Apostoli, en 1882, dans une communication faite à l'Académie de médecine, a préconisé aussi le traitement galvanique, mais en limitant son application, pour ce qui concerne les tumeurs, aux fibro-myomes de l'utérus, et en employant une méthode perfectionnée. Les arguments et les faits apportés ne diffèrent pas beaucoup de ceux qui ont été précédemment publiés, c'est-à-dire qu'ils sont susceptibles de diverses interprétations. C'est ce que je me propose d'examiner.

Nous n'avons à nous occuper que des effets chimiques des courants galvaniques. Ces effets varient selon l'intensité du courant.

L'on avait espéré que l'électricité appliquée au traitement des tumeurs amènerait des modifications appréciables dans leur nutrition, d'où résulterait leur diminution de volume, leur atrophie et même leur disparition ; Aimé Martin a désigné cette action présumée sous le nom d'*action électro-atrophique*. Mais cette espérance ne s'est pas réalisée, et si l'électricité amène dans les tissus une modification de la nutrition, celle-ci ne se manifeste pas au dehors par une atrophie de la tumeur. C'est une question qui est restée à peu près entière.

Les quelques faits que l'on a publiés de diminution des fibromes utérins par les courants continus de faible intensité ne peuvent permettre de la résoudre.

Dans la discussion actuelle, ce mode d'emploi de l'électricité n'est pas en cause ; il s'agit de l'application de courants intenses dont les effets sont différents, et si l'on constate que les fibromes diminuent quelquefois, ce n'est pas par suite d'une action directe dénutritive atrophiante, c'est par un autre processus, car la même méthode, appliquée à des tumeurs autres que les fibromes utérins, n'a pas réussi à amener leur atrophie, mais seulement la formation d'eschares.

Si, en effet, au lieu d'employer des courants de faible intensité, on a recours à des courants plus énergiques, on observe la formation d'eschares aux deux pôles. Le courant galvanique décompose les sels minéraux des tissus ; les acides sont transportés au pôle

positif, les bases au pôle négatif; les acides et les bases réagissent sur les tissus organiques voisins des électrodes; il en résulte une cautérisation acide au pôle positif (action coagulante) et une cautérisation alcaline au pôle négatif (action fluidifiante).

Les eschares qui se produisent autour des électrodes se montrent soit que l'on mette simplement ceux-ci en contact avec les surfaces cutanées ou muqueuses, soit qu'on les enferme dans l'intérieur même des tumeurs; c'est alors la *galvano-puncture*. J'ai rappelé en commençant que la *galvano-puncture* avait été employée par plusieurs dans le traitement des tumeurs, mais qu'elle n'agissait qu'en déterminant des eschares. Cela rentre dans le traitement des tumeurs par cautérisation, traitement reconnu mauvais en général et abandonné.

Si la *galvano-puncture* a été et est encore employée contre les fibromes utérins, ce n'est pas d'elle, non plus, dont il est question dans la discussion actuelle; c'est un procédé dangereux qui peut s'accompagner de douleurs, d'inflammation, de péritonite, d'accidents mortels.

Nous n'avons à nous occuper que de la galvanocaustie chimique appliquée en surface: un électrode, le positif, généralement, dans la cavité utérine; un sur l'abdomen; il tend à se former une eschare au niveau de chaque électrode. M. Apostoli a heureusement éloigné le danger d'eschare cutanée en fermant le circuit sur le ventre par une plaque de terre glaise. Il ne se forme d'eschare que dans la cavité utérine; il y a, dit M. Apostoli, galvanocaustie chimique positive de l'utérus.

Ce traitement est efficace dans certains cas. Pour apprécier sa valeur, il me paraît indispensable d'examiner quelles sont les circonstances qui influent sur la marche des fibro-myomes et quelles sont les lésions qui les accompagnent.

M. Bouilly a déjà rappelé que le fibrome a quelquefois une marche irrégulière, et que, surtout aux approches de la ménopause, il peut diminuer plus ou moins. C'est également cette époque qui est considérée comme la plus favorable à l'application du traitement électrique. Les fibromes ressentent aussi le contre-coup de l'état général du malade et s'améliorent quand cet état devient lui-même meilleur. Mais les fibromes qui se modifient ainsi sont peu nombreux; il est d'autres circonstances qui agissent plus directement sur leur marche, et sur lesquels je veux insister davantage. Il s'agit des lésions diverses de l'utérus qui accompagnent souvent les fibromes.

Ces lésions portent surtout sur la muqueuse qui est atteinte d'endométrite chronique et qui donne lieu à un écoulement sanguin, ou catarrhal, ou même purulent. Les trompes peuvent être

prises à leur tour, à la suite de l'infection de la muqueuse utérine ; il en résulte des congestions de la matrice, des douleurs, etc.

Von Campe a constaté, dès 1884, des altérations inflammatoires ressemblant à celles de l'endométrite fongueuse chronique.

Wyder, en 1887, a décrit des altérations hypertrophiques portant sur les glandes et le tissu interglandulaire et ayant donné lieu à des hémorrhagies abondantes ; sur 20 cas, une seule fois la muqueuse n'a pas été trouvée altérée.

Quelquefois encore, les fibromes sont accompagnés d'une sténose du col, qui amène tout un cycle de manifestations symptomatiques.

Le traitement de ces lésions concomitantes peut-il avoir de l'influence sur la marche de la maladie ou sur ses symptômes ?

Chadwick a vu les fibromes diminuer à la suite de la simple dilatation du col.

Kaltenbach vient d'employer ce mode de traitement dans trois cas avec un bon résultat : les hémorrhagies s'arrêtèrent, les règles redevinrent régulières et indolores. Kaltenbach pense que, lorsqu'un myome se complique d'une atésie du col, on doit pratiquer la dilatation de celui-ci.

Parmi les faits que nous a cités M. Trélat, se trouve celui d'une malade chez laquelle, malgré l'électrolyse, l'amélioration n'est survenue qu'après la dilatation du col.

Coe, chirurgien américain, considérant avec raison l'hémorrhagie comme venant non de la tumeur, mais de l'endométrite hypertrophique concomitante, conseille de la combattre par le curetage. « L'hémorrhagie, dit-il, peut disparaître pendant une longue période après l'abrasion de la muqueuse ; c'est un procédé palliatif, mais qui peut permettre d'attendre la ménopause et d'éviter des opérations graves. »

Enfin Max. Runge, s'appuyant sur les recherches de V. Campe et de Wyder et sur les bons résultats que donne contre l'endométrite fongueuse le curetage de l'utérus suivi d'injection de teinture d'iode, a voulu appliquer ce traitement aux fibromes accompagnés d'hémorrhagies ; dans 40 cas, il n'a pas observé le moindre accident.

Voici le procédé de Runge. Examen sous le chloroforme pour établir la direction et les dimensions de la cavité utérine et l'épaisseur de ses parois. Lavage et désinfection de la cavité avec de l'eau phéniquée à 3 0/0 ; grattage avec pression légère de la curette ; nouveau lavage phéniqué à 3 0/0. Vingt-quatre heures après, première injection de teinture d'iode, répétée tous les deux jours jusqu'au nombre de 6 à 15.

Ce traitement détermine, dit-il, une légère douleur, mais pas

d'intoxication iodique ; les hémorrhagies cessent, l'état général s'améliore, et cette amélioration s'était maintenue dans ses observations après quinze, douze, onze et six mois. Dans un cas, les métrorrhagies reparurent au bout de onze mois et furent traitées de la même façon avec le même succès. Ce traitement n'a pas d'action sur la tumeur elle-même.

Ces diverses pratiques doivent être accompagnées d'une antiseptie rigoureuse du vagin et de l'utérus, surtout quand il y a un écoulement catarrhal ou purulent.

Ces faits méritent d'attirer l'attention, et si l'endométrite concomitante a été remarquée par les chirurgiens, l'on ne s'est peut-être pas attaché suffisamment à la combattre, comme la cause de plusieurs des symptômes graves présentés par les malades atteintes de fibrome. M. Apostoli a aussi constaté l'existence de l'endométrite ; mais ce n'est pas elle qu'il s'attache particulièrement à combattre. Ce qu'il cherche, c'est « à faire dans toute la cavité utérine un véritable *exutoire* », qu'il y ait ou non de l'endométrite, et s'il ne peut introduire l'électrode dans l'utérus, il l'implante alors dans le tissu utérin. Il resterait à savoir si, dans ce dernier cas, le résultat obtenu est comparable à celui que donne l'application de l'électrode dans la cavité même de l'utérus.

Le traitement voulu des lésions concomitantes est une ressource de plus, qui vient se placer entre le traitement médical par l'ergotine, les iodures, les eaux chlorurées sodiques et le traitement opératoire.

L'électrolyse, agissant surtout par cautérisation sur la muqueuse et le col de l'utérus, se range naturellement à côté de la dilatation, du curettage, de la cautérisation de la muqueuse. Mais, de plus, elle peut agir sur la contractilité utérine.

Quant à établir une comparaison entre ces divers procédés, c'est encore impossible, car tous ont donné de bons résultats, mais sont de date trop récente. Je rappellerai seulement que l'électrolyse répétée peut produire la sténose du col. M. Apostoli dit qu'alors on refait un nouveau canal en employant la galvanocaustie négative au lieu de la positive. Mais si l'eschare négative est molle, il ne s'ensuit pas que le tissu cicatriciel qui se forme après sa chute participe de ses propriétés ; il est rétractile, comme tout tissu cicatriciel.

Il reste aussi à déterminer quelle est l'influence des hautes intensités sur l'étendue et l'épaisseur de l'eschare.

L'on a voulu établir un parallèle entre l'électrolyse et les grandes opérations. Je pense que c'est plutôt entre l'électrolyse et les petites opérations dont je viens de parler qu'on devra l'établir.

Les grandes opérations, le morcellement par le vagin, la myo-

motomie abdominale dont parlait M. Terrier et l'hystérectomie deviennent d'ailleurs moins graves; les statistiques s'améliorent, et H. Fritsch (de Breslau), dans une récente publication, rapporte 33 opérations avec pédicule utérin extra-péritonéal suivies de 5 morts, tandis que, dans une statistique antérieure de 27 opérations avec pédicule intra-péritonéal, il avait eu 11 morts.

En résumé, il ressort de cette discussion que plusieurs points restent à élucider avant qu'on puisse se former une opinion définitive sur la valeur de l'électricité dans le traitement des tumeurs; en ce moment, il n'est pas établi qu'elle soit capable d'agir directement sur une tumeur en en amenant l'atrophie; mais on peut dire que l'électrolyse, en cautérisant la muqueuse utérine et le col, peut faire disparaître des symptômes dangereux, et surtout l'hémorrhagie.

J'ajoute qu'en face d'une malade atteinte de fibrome nous avons à choisir, selon les circonstances, entre trois méthodes de traitement: le traitement médical, le traitement chirurgical palliatif, qui agit sur la muqueuse surtout et dans lequel rentre l'électrolyse et la castration, et enfin le traitement chirurgical curatif, qui est en ce moment en progrès.

M. TERRILLON. Je n'ai pas une grande expérience de la méthode de M. Apostoli pour le traitement des fibromes utérins par l'électricité, cependant je crois qu'il est utile de faire connaître les cas dans lesquels j'ai employé ce traitement et aussi quelle est mon impression générale à propos de son opportunité.

Depuis longtemps je m'occupe des différents traitements des fibromes utérins, et je cherche encore la meilleure méthode. Au Congrès de chirurgie de 1888, j'avais donné un résumé de 60 observations personnelles, auxquelles je peux en ajouter 33 nouvelles, ce qui fait 93 observations.

Or, dans ce nombre, je n'ai eu l'occasion d'employer la méthode d'Apostoli que sept fois.

Trois malades ont été confiées à M. Apostoli lui-même. Quatre ont été traitées par moi.

1° En 1886 je confiai à M. Apostoli une malade dans les conditions suivantes:

Cette femme, entrée à la Salpêtrière, avril 1886, présentait une tumeur abdominale, située derrière l'utérus et remplissant le petit bassin. On avait pensé à une vaste hématocele.

Je pratiquai la laparotomie, et une fois faite, on découvrit une tumeur considérable, arrivant à l'ombilic, paraissant unique, hémisphérique, ayant l'aspect et la consistance d'un fibrome. On l'examina, la palpa, l'étudia avec soin, et on porta le diagnostic de

fibrome mou et inopérable ; on essaya vainement de l'extraire et on se décida alors à refermer le ventre, sans intervenir autrement. La laparotomie avait été simplement exploratrice, et la malade eut une convalescence assez rapide, sans incidents notables à signaler.

Un mois et demi après environ, M. Apostoli traita électriquement ce fibrome mou ; il pratiqua alors l'examen et il constata la présence d'une tumeur considérable, rénitente en certains points, indurée à d'autres, arrivant à l'ombilic.

Au toucher, le vagin était rempli par la même tumeur et le col refoulé derrière le pubis et très peu accessible à l'hystérométrie. Il essaya toutefois de la pratiquer avec un hystéromètre du service, sans le flamber et sans être sûr de son antiseptie.

L'opération fut difficile, et il ne put dépasser une profondeur de 6 centimètres. Il fit toutefois, quoique cette hystérométrie parût incomplète, une première galvanocaustique électro-négative utérine à 60 milliampères 5, qui fut très bien supportée, sans aucune réaction subséquente.

Trois jours après, la malade allait bien ; on pratiqua une deuxième galvanocaustique électro-négative à 100 milliampères 5, toujours sans réaction post-opératoire marquée.

Deux jours après, avant de la soigner, il fit une nouvelle tentative d'hystérométrie et dans les mêmes conditions que la première fois (sonde de service non flambée, et sans être sûr de son antiseptie).

L'hystérométrie, cette fois, malgré une petite difficulté initiale qui consista à abaisser le col avec la sonde même, fut complète, et atteignit 11 centimètres. Il fit une troisième galvanocaustique électro-négative immédiate à 150 milliampères 5, aussi bien supportée que les précédentes, sans aucune réaction post-opératoire.

La malade regagna son lit immédiatement après.

Dès le lendemain, des douleurs abdominales apparurent, qui se manifestèrent avec de petits frissons, de l'inappétence et de la fièvre. Ces phénomènes allèrent en s'aggravant les jours suivants.

Je suivis leur évolution, et la malade dit à plusieurs reprises : « Je souffre identiquement comme lorsque j'ai eu mes crises d'hématocèle à la Charité. » Quatre jours après, elle était morte, en pleine péritonite, que rien n'avait pu conjurer. L'autopsie fut faite vingt-quatre heures après, par M. Jacquinot, interne du service.

Lorsque le ventre fut ouvert, un flot de pus s'écoula et confirma le diagnostic qui avait été porté de péritonite suppurée. La tumeur dite utérine se présenta identique à ce qu'elle était le jour de la laparotomie ; mais grande fut notre surprise à tous lorsque, par

suite de mouvements d'arrachement qui furent faits pour l'extraire, elle se divisa en trois lobes, et ces trois lobes n'étaient autre chose que des kystes des deux ovaires, dont l'un contenait du liquide limpide et non suppuré, l'autre était manifestement hématique et ne renfermait que du sang dans sa cavité, et le troisième avait un liquide absolument louche et suppuré identique à celui qui inondait la cavité séreuse péritonéale.

Ces trois kystes, de dimensions à peu près égales, avaient leurs membranes intactes et ne paraissaient avoir subi aucune perforation.

L'utérus fut extrait, et il fut examiné avec soin par M. Jacquinet; extérieurement, il n'était nullement enflammé; la cavité utérine était de 11 centimètres. On en fit une coupe longitudinale qui montra que le tissu utérin n'était pas enflammé; l'examen le plus minutieux montra qu'il n'y avait pas de perforation utérine, et la seule lésion obligatoire que nous pûmes constater fut une eschare bleutée intéressant la muqueuse dans toute sa circonférence au niveau de l'orifice interne et dans une hauteur d'un centimètre et demi environ.

Ce point était le seul sur lequel la galvanocaustique paraît avoir porté, ainsi qu'à l'entrée du méat et sur la lèvre inférieure. Partout ailleurs, nous ne découvrîmes aucune trace d'eschare. Dans ce cas, il y eut erreur de diagnostic, et il est bien difficile de dire à quel point l'électricité appliquée au niveau du col a pu avoir une influence sur le développement des accidents. Il n'y eut peut être là qu'une coïncidence.

2° La seconde malade était une femme de 62 ans, portant un fibrome depuis de nombreuses années.

Cette malade n'avait des pertes qu'à intervalles éloignés, mais ces pertes étaient foudroyantes et très graves.

En 1886, elle eut une hémorrhagie foudroyante qui nécessita un tamponnement énergique et prolongé.

Je la confiai à M. Apostoli, qui lui fit subir un traitement électrique assez prolongé.

Depuis, cette malade, qui a continué une vie de travail, n'a plus eu de pertes.

Il est difficile d'affirmer ici un succès de la méthode à cause de l'âge de la malade et de l'éloignement ordinaire des pertes, car la dernière était survenue deux ans et demi après celle qui l'avait précédée.

Enfin une troisième malade ayant un fibrome intra-utérin très saignant et très douloureux subit huit ou neuf séances sans bénéfice aucun, et elle renonça au traitement. Depuis, elle saigne et perd toujours du liquide.

Les quatre malades que j'ai traitées moi-même par la méthode que j'avais étudiée auprès de M. Apostoli ne m'ont pas beaucoup édifié sur sa valeur thérapeutique,

La première portait un gros fibrome très saignant; j'appliquai l'électricité dans vingt séances successives et j'atteignis des intensités assez grandes, jusqu'à 120 milliampères. Le résultat fut nul ou à peu près.

Une seconde a subi vingt-neuf séances pour un petit fibrome saignant. Le résultat a été médiocre, car les hémorrhagies ont persisté.

Pour un gros fibrome à peine saignant, mais douloureux, j'appliquai cinquante fois les courants continus, avec persévérance, et je n'ai pas vu la masse diminuer.

Les douleurs cependant ont été atténuées momentanément.

Dans le quatrième cas, il s'agissait d'un gros fibrome saignant, avec cavité utérine énorme. L'électricité sembla arrêter les hémorrhagies, mais celles-ci reparurent après quelques semaines, et il fallut de nouveau recourir aux courants continus. Ce dernier résultat est du reste fréquent et a été signalé par plusieurs observateurs, et il est rare que les hémorrhagies ne reparaissent pas.

Si l'on rapproche ces faits, peu nombreux, de ceux que j'ai observés, et dans lesquels le repos, les moyens médicaux ordinaires : ergotine, eaux de Salies, etc., ont amélioré les malades et arrêté les hémorrhagies, je crois que cette méthode nouvelle ne présente guère d'avantages.

Il est indiscutable, en effet, que les malades qui portent des fibromes ne sont sujettes aux hémorrhagies et aux douleurs que pendant une période variable de leur existence. Ces pertes durent un an, deux ans, avec plus ou moins d'abondance, et cessent ensuite d'elles-mêmes.

Enfin, rien n'est plus irrégulier que ce phénomène, qui apparaît ou disparaît sans causes définies. Tout traitement semble avoir un succès quand il coïncide avec une amélioration ou une cessation des accidents.

Je crois que nous arrivons à un enthousiasme passager, à un de ces *trompe-l'œil* dont la thérapeutique a été si souvent la cause, et que cet engouement ne sera pas définitif.

Nous avons déjà assisté à une méprise semblable à propos de l'ergotine donnée en potion ou en injections sous-cutanées ou même interstitielles.

Mon maître, M. Verneuil, a employé souvent ce moyen, dont j'ai été témoin dans son service en 1873. Des succès apparents, des hémorrhagies diminuées ou momentanément arrêtées, faisaient

croire à des succès. Mais ceux-ci n'étaient pas durables, et actuellement on a presque abandonné ce médicament.

Les eaux minérales produisent des effets semblables. Jamais vous n'envoyez une malade atteinte de fibrome saignant ou volumineux aux eaux de Salies sans que le médecin traitant vous écrive après la cure que le résultat a été merveilleux et que la tumeur a diminué considérablement. Cependant vous constatez rarement un si beau résultat.

Dans l'appréciation des résultats obtenus par toutes les méthodes de traitement médical, il existe une cause d'erreur commune, c'est celle qui consiste à admettre une diminution du volume de la tumeur. Il y a là une source d'erreur continuelle.

Les fibromes varient de volume, et cela d'une façon très notable, sous les influences les plus variées.

Le repos, les purgatifs qui dégagent l'intestin, les règles, l'embonpoint des malades, toutes ces causes peuvent tromper.

Je ne connais pas encore un moyen précis pour apprécier le volume exact d'un fibrome et surtout ses variations de volume. L'habitude qu'on a de mesurer par l'épaisseur le travers de doigts au-dessus du pubis ou au-dessous des fausses côtes est absolument illusoire.

J'en conclus que toutes les observations qui accusent des diminutions de volume ne sont nullement probantes.

Mais il est une autre cause d'erreur qui a pu tromper bien des observateurs. Je veux parler de la confusion fréquente des fibromes peu volumineux avec d'autres affections telles que la salpingite.

Sur soixante-dix salpingites plus ou moins volumineuses que j'ai opérées, dix fois les malades m'étaient adressées avec le diagnostic de fibrome.

Anciennement, avant que je publie, ainsi que plusieurs de mes collègues, des observations de salpingotomie, toutes les fois qu'on trouvait accolée à l'utérus une tumeur dure et s'accompagnant d'hémorragies, on diagnostiquait un fibrome.

Or, ces masses inflammatoires peuvent se modifier, les hémorragies qui les accompagnent sont rarement durables, de là des erreurs complètes quand on les traite par l'électricité.

J'ajouterai même que ces erreurs que nous commettons quelquefois doivent être encore plus fréquentes de la part de ceux qui, n'ayant fait ni autopsies ni opérations, font le diagnostic avec leur doigt sans avoir de notions précises sur ce qu'on trouve ordinairement dans l'abdomen.

En résumé, je crois que ce traitement peut agir dans trois circonstances : premièrement contre certaines hémorragies, mais

au même titre que d'autres manœuvres, telles que la dilatation du col, etc... Deuxièmement, il peut avoir de l'influence contre l'élément douleur; c'est ce que j'ai constaté sur deux malades souffrant de phénomènes d'obstruction intestinale.

Enfin, ce traitement procure des améliorations, mais qui ne sont que passagères.

Il n'est pas inutile, en terminant, d'attirer l'attention sur une complication que j'ai observée. J'ai observé, à la consultation de la Salpêtrière, deux fois des suppurations fétides du vagin après l'introduction de l'électrode dans la substance de l'utérus, faite en dehors de mon service. Cet accident doit encore engager à n'appliquer la méthode qu'avec la plus grande prudence; car, au point de vue chirurgical, ces suppurations dans une cavité profonde ne sont pas exemptes de danger.

M. POLAILLON. Un de mes élèves, M. Pegoud (de Grenoble), a fait une thèse consciencieuse sur le traitement des fibromes par l'électricité, avec une autre méthode, il est vrai, que M. Apostoli; c'était chez M. Gallard que les observations avaient été recueillies. Il n'a obtenu aucun résultat. Moi-même, d'après mon expérience, je crois que ce traitement électrique est illusoire et n'a tout au plus que la valeur d'un palliatif contre les hémorrhagies. Pour guérir les corps fibreux, il n'y a qu'un traitement: l'extirpation. Elle s'impose surtout chez les femmes de nos hôpitaux. On ne pourrait du reste arguer de la parfaite innocuité de l'électricité. Le traitement de M. Apostoli a parfois entraîné la mort. L'extirpation des fibromes est de moins en moins dangereuse. Pour mon compte, j'ai vingt hystérectomies abdominales et cinq décès seulement, dont l'un chez une femme qui avait les reins kystiques. Une autre malade était tellement anémique que ce cas devrait être éliminé de la statistique.

Donc, cette opération est actuellement beaucoup moins grave qu'autrefois.

M. CHAMPIONNIÈRE. J'ai eu la satisfaction de voir que ma communication avait éveillé l'attention d'un bon nombre de nos collègues qui sont venus apporter quelques faits favorables au traitement dont j'ai voulu expérimenter l'efficacité. Avant de discuter devant vous sur l'importance de ces faits intéressants, je vous demande la permission de vous faire quelques remarques préliminaires.

Si vous ne considériez notre communication, à M. Danion et à moi, que comme l'énumération de quelques cas heureux, vous ne l'estimeriez pas à sa valeur. Nous avons fait une expérimentation méthodique des cas triés avec soin. J'ai opéré tous les cas qui me

paraissaient justifier une opération, parce qu'il n'y a qu'une opération qui permette d'affirmer la guérison complète du sujet atteint de fibromes. Nous avons groupé avec soin les femmes inopérables et celles dont l'état n'était pas assez grave pour justifier une opération. De plus, l'observation complète de toutes nos malades a été prise très régulièrement. Toutes nos observations ont donc été faciles à contrôler. Elles forment un groupe assez important pour entraîner la conviction et tendent toutes à démontrer la valeur de la proposition suivante : dans les cas où une opération radicale n'est pas justifiée, le traitement électrique est de beaucoup le meilleur de tous les traitements palliatifs. Chez les femmes se rapprochant de la ménopause, il est particulièrement favorable et peut donner des résultats définitifs.

Je vous ferai remarquer, en second lieu, que nous nous sommes attachés, dans nos recherches, à ne pas nous départir d'une méthode absolument inoffensive et indolore. Nous tenions même particulièrement à faire la preuve que de basses intensités donnent absolument les mêmes résultats que les hautes intensités. Dès lors, le traitement est fait sans la douleur qui accompagne certainement l'autre méthode et probablement avec moins de danger puisque tout le monde n'admet pas l'innocuité absolue qu'affirme M. Apostoli. Toutes nos malades ont été traitées à la consultation externe et sont retournées chez elles en faisant souvent un chemin assez long. Une seule a dû interrompre le traitement, et aucune n'a accusé de douleur réelle, sauf quand on essayait d'élever les intensités même dans des proportions médiocres. Ceci a bien son importance quand il s'agit d'un traitement long où l'intervention devra souvent être répétée.

Enfin, s'il est parfaitement juste de rapporter à M. Apostoli l'honneur d'avoir beaucoup préconisé la méthode électrique contre les fibromes, d'avoir forcé l'attention du monde médical, même avec des exagérations évidentes, très pardonnables chez un novateur, il serait parfaitement injuste de croire que personne d'autre n'a travaillé cette question, avant ou après lui, et de supposer qu'on marche fatalement dans son sillon quand on étudie la question, même quand on préconise des procédés qu'il considère comme insuffisants ou qu'il n'emploie pas. M. Nicaise vous a fait, sur ce sujet, un excellent petit rappel historique.

Remarquez par exemple que M. Apostoli abandonne les courants faibles pour les hautes intensités : il considère l'action intra-utérine comme indispensable ; il pénètre de force dans la cavité utérine, et, s'il ne peut y arriver, il ponctionne l'utérus pour pénétrer sa substance. Il résulte des observations de M. Danion que ces violences sont inutiles et peut-être dangereuses ; les intensités mé-

diocres donnent des résultats tout aussi satisfaisants que les courants intenses. M. Danion attache beaucoup plus d'importance au renversement du courant qu'il a pratiqué de plus en plus.

En ce qui concerne la pénétration de l'utérus, il estime qu'il est inutile de s'y obstiner. On obtient d'excellents résultats avec l'électrode introduit seulement dans le col. Il y a mieux, avec un pôle intravaginal, on peut obtenir les mêmes phénomènes sans inconvénients, si on prend les précautions nécessaires. C'est là un point capital surtout dans le traitement de beaucoup de mauvais cas où il est impossible d'atteindre le col et surtout de le franchir.

Enfin, je ferai remarquer l'extrême différence de nos prétentions thérapeutiques non seulement avec celles de M. Apostoli, mais avec celles de chirurgiens qui l'ont suivi dans la voie qu'il a ouverte. Ces messieurs ont affirmé la disparition, la résolution du fibrome. Or, sur ce point, nous sommes en contradiction complète : la diminution de volume du fibrome et des parties périphériques, oui ; la disparition des noyaux fibreux, nous n'y croyons guère, et le traitement radical n'est pas à obtenir de cette méthode. Il est possible que la disparition des symptômes et des complications nous mène favorablement au sommeil définitif du fibrome, c'est peut-être le seul cas où l'on puisse affirmer sa disparition relative.

La théorie de cette action, qui pour nous est toute une action symptomatique, est peut-être la suivante : 1° il se fait un véritable drainage de la tumeur par exagération de l'activité circulatoire ; 2° il y a une action électro-tonique sur la fibre musculaire, action qui est spéciale aux courants continus et qu'il ne faut pas confondre avec les contractions tétaniques produites par les courants faradiques ; 3° effets trophiques dont il est impossible de préciser la nature, mais qui sont peut-être liés avec les changements chimiques du milieu dans lequel vivent les éléments constitutifs des tumeurs, changements que produit constamment l'électrolyse.

Ces considérations théoriques, du reste, cadrent bien avec l'observation que, pour obtenir tous les effets suffisants, on peut se maintenir dans les basses intensités, surtout avec les renversements de courants qui accentuent les phénomènes dont nous venons de parler.

Ces quelques points exposés, examinons les observations qui vous ont été rapportées par nos collègues, très généralement pour appuyer ce que nous avons dit en faveur de la méthode. Les récits de ces cas étaient possibles pour nos collègues qui n'en avaient pas observé un grand nombre ; je vous avais épargné le récit des miens parce qu'ils étaient trop nombreux, mais j'aurais pu aussi vous faire cette description toujours la même de la rapidité et de l'excellence des résultats ; outre le sept observations

très complètes annexées à mon mémoire, j'en avais cinq autres, plus intéressantes encore que la plupart de celles qu'on vous a rapportées ici. J'aurais pu vous faire le tableau émouvant d'une femme que ses amies soutenaient à grand'peine en la descendant de la voiture qui l'amenait aux premières séances, et qui, aujourd'hui, après un petit nombre de séances, vient à pied, de loin, et dont l'état général est si bon qu'elle est méconnaissable. Je vous aurais décrit encore cette femme de 47 ans en proie aux hémorragies les plus graves compromettant sa santé, qui, après trois mois de traitement, est entrée franchement dans la ménopause. Celle-ci peut être considérée comme guérie, mais les cas heureux se ressemblent, et je cherche moins à vous prouver qu'ils existent, ce qui est démontré depuis longtemps, qu'à indiquer les méthodes les plus propres à les obtenir facilement et sûrement.

Les premières réflexions présentées l'ont été par M. Bouilly, qui me paraît avoir été injuste envers la méthode en admettant que certains faits étaient le résultat de l'amélioration spontanée que la ménopause amène brusquement. Il ne faut pas oublier en effet que, chez les femmes atteintes de corps fibreux, la ménopause n'est ni brusque ni prématurée.

Il faut donc bien résolument mettre au compte de la méthode les résultats obtenus, et il est contraire à tout ce que l'on observe de dire que l'on aurait obtenu la même chose avec n'importe quoi, injection chaude, repos, morphine, ergotine, etc.

M. Bouilly s'étonne beaucoup de la grande rapidité de l'amélioration. Cela doit tenir à ce qu'il n'a pas beaucoup étudié la méthode, c'est là sa caractéristique. On obtient très rapidement les résultats; il est difficile de les maintenir. C'est même cette grande rapidité d'action qui nous a fait dire qu'il est impossible qu'il se produise aussi vite un phénomène aussi complexe que la fonte d'un fibrome.

Les observations de MM. Schwartz et Kirmisson sont identiques en quelques sorte, et les deux cas vous montrent les mêmes avantages et les mêmes inconvénients; bons résultats symptomatiques. Dans les deux cas on a atteint 200 et 230 milliampères, et dans les deux cas les malades ont vivement souffert, sans toutefois présenter d'accidents sérieux.

M. Segond vous a cité des cas traités comme les précédents, par M. Apostoli. Nous retrouvons encore dans son observation les douleurs violentes quoique tolérables. M. Segond nous a dit que ce n'était là qu'une méthode palliative qui ne doit pas faire oublier les opérations; mais c'est précisément ce que j'avais avancé contrairement au dire des observateurs qui sacrifient tout autre traitement, même les opérations vraiment curatives, à l'électricité.

Selon moi, ce traitement électrique n'est justifié que là où l'opération serait mauvaise ou impossible.

La communication de M. Le Dentu emprunte un intérêt aux essais personnels qu'il a faits. Ses résultats sont imparfaits; mais il était bien mal outillé, et le succès relatif qu'il a obtenu peut contribuer à démontrer que l'action intra-utérine n'est pas indispensable, puisqu'il a été obtenu avec un mauvais appareil, et sans aucune espèce d'action intra-utérine. Les phénomènes sont toujours du même ordre symptomatique et difficiles à maintenir.

Mais ce que cette communication démontre encore, c'est que, pour qu'une expérimentation de ce genre ait quelque valeur, il faut qu'elle soit faite par des gens ayant une compétence spéciale; aussi la dernière observation rapportée par M. Le Dentu est-elle plus concluante.

Les observations de M. Trélat sont comme les précédentes, celles de M. Apostoli; elles ne nous apprennent rien de nouveau ni rien qui contredise les propositions auxquelles nous sommes arrivés. Je ne relève qu'un fait qui me frappe beaucoup, c'est la confiance que M. Trélat exprime dans l'efficacité des eaux de Salies. Je partage si bien cette manière de voir que je vous ai dit l'autre jour qu'il y aurait très probablement avantage à combiner l'emploi des eaux chlorurées de Salies ou de Salins avec le traitement électrique. Ce serait certainement un bon moyen de fixer les résultats obtenus par l'électrolyse.

Les observations de M. Berger, toujours empruntées à la pratique de M. Apostoli, sont marquées au coin d'un extrême enthousiasme, déjà critiqué par M. Terrillon. Notre collègue avait bien des fois raison de dire qu'il faut se défier des mensurations qui vous donnent ces énormes diminutions. Le fait que M. Berger considère comme la preuve qu'un corps fibreux a disparu, c'est qu'il ne retrouve plus une grosse bosselure dans l'excavation en arrière du rectum. Mais tous les gens qui ont soigné des corps fibreux ont vu le fait se produire; il ne démontre pas du tout que le corps fibreux ait fondu, mais simplement qu'ayant un peu diminué il s'est déplacé; on ne parvient plus sur lui, voilà tout. En dehors de ce résultat, qu'il est impossible d'interpréter comme l'a fait M. Berger, et que nous avons obtenu aussi, les effets de l'électrisation, dans son service, n'ont différé des nôtres que pour un point. Bien qu'il ait opéré sur des femmes au repos, outre les douleurs qui accompagnent les hautes intensités, il a eu des accidents assez graves dus à de la péritonite probablement.

M. Berger complète son plaidoyer en faveur de l'électricité par la critique des méthodes opératoires et en particulier de l'ablation des ovaires, c'est aller beaucoup trop loin. C'est le terrain sur

lequel il ne faut pas s'aventurer si on veut conserver à l'électrification la situation qu'elle mérite; en exagérant ainsi sa valeur relative, on risque de détourner ceux qui sont disposés à utiliser ses mérites réels.

M. Tillaux, qui vous a cité des observations de M. Apostoli, vous a signalé des cas favorables; mais il n'a suivi aucun des traitements; cependant, à côté des succès, il vous a cité un cas d'insuccès chez une jeune femme de son service.

Je vous ai déjà signalé l'historique très intéressant de M. Nicaise, qui nous a rappelé, avec raison, que l'électrification des corps fibreux avait un passé très respectable, antérieur à M. Apostoli. Le rappel des enseignements de Tripiet et d'Aimé Martin était de toute justice. Je ne saurais accepter que, depuis Ciniselli, aucun progrès n'ait été accompli. Au reproche de manque de méthode adressé aux expérimentateurs, je réponds que c'est parce que je trouve qu'il a été souvent justifié que j'ai cru devoir faire des recherches nouvelles avec une méthode rigoureuse et un but bien déterminé.

M. Terrillon vous a parlé sans enthousiasme de la méthode dont il ne s'est pas toujours bien trouvé. Je veux mettre de côté le cas de mort rapide qu'il nous a signalé. Il serait peut-être injuste d'en charger absolument le dossier des hautes intensités; il aurait probablement mieux valu en pareil cas ne pas faire d'électricité du tout; cependant il n'est pas invraisemblable que si on avait été plus modéré dans les premiers essais on eût eu moins de chance de mort.

M. Terrillon croit avec juste raison qu'on est fréquemment trompé par les apparences de réduction. Je pense si bien comme lui à ce sujet que je vous ai dit que dans ces réductions de volume il faut faire la part des affaissements intestinaux, des disparitions d'œdèmes, peut être des résorptions d'exsudats. Ce n'est pas la fonte du fibrome, à laquelle M. Terrillon, après expérience, ne croit pas plus que moi, mais c'est un amendement considérable dans les symptômes les plus gênants.

M. Terrillon signale comme cause d'erreur un fait qu'il croit nouveau, la possibilité de confondre une salpingite avec un fibrome. Je me permets de vous rappeler que dans une discussion antérieure sur les salpingites je vous avais signalé le cas, et l'autre jour encore, en vous faisant ma communication, je vous disais que l'électrification pouvait dans ces cas devenir une pierre de touche, et que j'avais opéré, cet hiver, une femme vainement traitée par M. Danion, à laquelle j'avais trouvé une salpingite double et point de corps fibreux bien manifeste. J'aurais à vous signaler d'autres cas de

confusion de salpingites avec corps fibreux dus à moi-même ou à d'autres chirurgiens connaissant bien la question.

Relevons enfin ce que dit M. Terrillon de la pénétration violente de l'utérus. Elle a laissé après elle des suppurations abondantes longues à guérir. Il fait remarquer avec raison que ces suppurations ont l'inconvénient de fatiguer et de tourmenter la malade, puisque ces plaies, restant béantes, constituent autant de portes ouvertes aux infections. Il est donc facile de voir, sans chercher bien loin et en s'en tenant *aux amis et aux partisans* de la méthode de M. Apostoli, qu'elle présente des inconvénients, même des dangers sérieux. Vous voyez donc bien qu'il y a un véritable intérêt à rechercher, comme nous l'avons fait, si, avec une méthode qui n'est ni douloureuse ni dangereuse, on n'obtient pas absolument les mêmes résultats.

Je ne pense pas qu'il faille s'arrêter longtemps aux assertions comme celle de M. Polaillon, que l'électricité n'a aucune espèce d'action et qu'il n'y a pas à en tenir compte. Nos expériences sont trop nombreuses et trop concluantes pour que nous n'ayons le droit d'affirmer à M. Polaillon que s'il avait suivi avec soin des expériences régulières il ne pourrait donner une semblable opinion.

Après cette courte revue des opinions exprimées sur le sujet, permettez-moi de conclure. Nous sommes à peu près d'accord sur ce fait que l'électricité peut rendre de véritables services dans le traitement des fibromes, tout particulièrement dans des cas où les opérations ne sont guère de mise. En ce qui concerne la méthode à suivre, vous n'avez pu apporter d'opinion bien personnelle puisque presque tous vous n'avez appliqué qu'une méthode exclusive avec l'aide de M. Apostoli. Or, tout en admettant, si vous voulez, que l'application des hautes intensités bien réglées soit aujourd'hui moins dangereuse qu'elle ne l'a été au début, il reste incontestable qu'elle est pénible, très douloureuse souvent, et dangereuse dans une certaine mesure; la mort a pu s'ensuivre. Or, nos expériences, à nous, démontrent que les basses intensités *donnent absolument les mêmes résultats sans douleur et de la façon la plus inoffensive.*

En ce qui concerne la fonte, la disparition des corps fibreux, nous sommes tous à peu près d'accord, on ne la voit pas et je crois savoir que sur ce point M. Apostoli lui-même est beaucoup plus modéré qu'autrefois. Il n'en est pas de même pour tous les auteurs. A Londres, MM. Keith, qui n'ont fait que copier M. Apostoli, continuent à affirmer qu'il n'y aura plus d'opérations de corps fibreux à faire. Si l'on veut du reste se donner une juste idée des exagérations de ces messieurs, il faut lire leur dernier article, où ils déclarent que l'ablation de l'utérus et des ovaires a rendu folles dix pour cent de leurs opérées.

Je ne pense pas qu'une pareille assertion soit faite pour donner confiance à ceux d'entre nous qui connaissent la question par leur propre expérience. Pour nous, l'ablation de l'utérus, des tumeurs ou des ovaires restera *le seul traitement radical* des corps fibreux ; l'électrisation dans beaucoup de cas sera une ressource très précieuse qu'il ne faut pas négliger sous le prétexte que ses effets ne sont pas complets ni distinctifs comme ceux d'une opération.

Mais pour nous l'étude et le traitement des corps fibreux sont chose très complexe, et il ne suffit pas, pour bien faire, de s'isoler dans une méthode thérapeutique et de la proclamer irrésistible. Il faut savoir bien obéir à des indications multiples ; opérer certains cas par l'ablation des ovaires, certains autres par l'ablation des tumeurs ; distinguer pour une intervention spéciale des cas compliqués d'ovarite et de salpingite, et n'attribuer au traitement électrique que les cas bien déterminés qui sont susceptibles d'en tirer un bénéfice sérieux.

Enfin, il faut de toute nécessité qu'une méthode qui n'a de raison d'être que les dangers de celles auxquelles on l'oppose soit absolument inoffensive. Il est bien aussi nécessaire de rappeler que le traitement sera long, que les séances seront nombreuses ; c'est pour cela que nous avons trouvé très important de constater que les douleurs imposées par les hautes intensités étaient absolument inutiles et que nous avons pratiqué la cure tout à fait inoffensive et sans douleur.

Lecture.

M. MICHAUD fait une lecture sur une tumeur épithéliale du cæcum propagée au cordon.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

S. Pozzi.

Séance du 3 juillet 1889.

Présidence de M. LE DENTU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Le 5° fascicule de nos *Bulletins et mémoires* pour l'année 1889 ;

3° MM. BERGER et MONOD s'excusent de ne pouvoir assister à la séance ;

4° L'Association française pour l'avancement des sciences invite la Société de chirurgie à désigner un délégué pour la session de Paris en 1889. La Société sera représentée par son secrétaire général, M. Chauvel.

Suite de la discussion sur le traitement des fibromes utérins par l'électricité.

M. TERRIER. Je n'ai pas d'opinion faite sur la valeur de l'électricité contre les fibromes utérins. Mais, à cette occasion, je tiens à vous communiquer une observation que j'ai eue sous les yeux dimanche dernier avec M. Chantemesse. Il s'agissait d'une femme chez laquelle l'exploration révélait des tumeurs latérales de l'utérus qu'on avait pris pour des fibromes. Je portai contradictoirement le diagnostic de salpingite, et je proposai l'opération. Cette femme, au lieu de s'y soumettre, a eu recours à l'électricité par la méthode de M. Apostoli. Or, à la suite de ce traitement, il s'est déclaré un péritonite suraiguë qui a failli l'emporter. Actuellement son état est bien pire qu'auparavant. Une pareille confusion est très fréquente, et je l'ai signalée avec bien d'autres chirurgiens.

L'emploi de l'électricité par des médecins aseptiques peut, à la rigueur, être sans dangers, mais il est très dangereux pour les

malades quand le spécialiste n'est pas aseptique, rigoureusement, ce qui n'est pas impossible.

Rapport.

Note sur un procédé particulier de restauration de la cavité buccale après résection du maxillaire supérieur, par le Dr LEPRÉVOST, chirurgien de l'hospice général du Havre.

Rapport par le Dr HORTELOUP.

Messieurs, vous avez renvoyé à une commission, composée de MM. Périer, Delens et Horteloup, une note dans laquelle M. Leprévost, chirurgien de l'hospice général du Havre, exposait un nouveau procédé de restauration de la cavité buccale après la résection du maxillaire supérieur.

Après l'ablation du maxillaire supérieur, il persiste une vaste ouverture, dont l'oblitération exige des appareils prothétiques, dont l'application n'est pas toujours très facile. Pour éviter l'usage de ces appareils, on a proposé différents procédés opératoires permettant de pratiquer de suite l'oblitération de cette perte de substance. Ainsi Langenbeck a conseillé de décoller la muqueuse palatine depuis l'arcade dentaire jusqu'à la ligne médiane de la voûte palatine, et jusqu'à l'insertion du voile du palais.

Ce décollement effectué, il fait sauter le maxillaire supérieur, et, pour restituer la cloison naso-buccale, il ne reste plus qu'à suturer la fibro-muqueuse palatine à la face interne du lambeau génien.

Ce procédé a l'inconvénient d'ajouter à la résection du maxillaire un temps nouveau assez compliqué; aussi M. Leprévost a-t-il cherché un procédé plus simple lui permettant d'arriver au même résultat.

Lorsque, après l'incision extérieure, on veut rejeter en dehors le lambeau formé par la joue, M. Leprévost conseille de décoller la muqueuse gingivale dans toute sa hauteur à partir du collet des dents. Par cette dissection, on obtient un repli muqueux semi-flottant qui, par sa situation, sa forme et ses dimensions, s'adapte parfaitement à la forme triangulaire de la perte de substance.

Ce lambeau muqueux, adhérent à la joue par son grand côté, a la forme d'un triangle dont le sommet répond à la lèvre supérieure divisée et dont la base taillée en arrière de la tubérosité du maxillaire correspond exactement à la ligne de désinsertion du voile du palais.

En rabattant en dedans la muqueuse vestibulaire, on met en contact les bords de ce lambeau muqueux avec le voile du palais et la muqueuse de la voûte palatine. La suture est faite avec des crins de Florence, en commençant par le voile du palais; une vingtaine de sutures suffisent pour obtenir une réunion parfaite. L'opération se termine par la suture de la plaie extérieure.

M. Leprévost a joint à son mémoire une figure explicative de son procédé, mais il a pu encore vous présenter son jeune opéré, et vous avez pu constater que le résultat, au point de vue plastique, était excellent.

Malheureusement M. Leprévost a été forcé de réséquer le maxillaire supérieur pour un polype naso-pharyngien, et nous savons tous combien il y a intérêt à ne pas oblitérer de suite la voie opératoire qui nous a permis d'attaquer et de détruire le polype.

Les polypes naso-pharyngiens, affection de l'enfance et de l'adolescence, ont une tendance à repousser jusqu'à l'âge d'homme, époque où ils présentent une véritable régression.

Cette marche des polypes naso-pharyngiens, bien connue aujourd'hui, donne une véritable supériorité aux opérations préliminaires, sans grand délabrement, puisque, gênant peu l'opéré, on peut, sans grands inconvénients, laisser béante la voie ouverte qui permet de combattre les récidives.

Mais tous les polypes ne sont pas justiciables des procédés parcimonieux, et c'était le cas du malade de M. Leprévost; le polype était très volumineux, avec de gros prolongements; il y avait de fréquentes hémorrhagies, l'état général était mauvais, il fallait agir rapidement, la résection du maxillaire s'imposait.

M. Leprévost connaissait parfaitement le pronostic fâcheux de l'affection qu'il avait à combattre, aussi, à l'aide d'une rugine, il décortiqua le point d'insection du polype à l'apophyse basilaire; il cautérisa au fer rouge tous les points suspects. Malgré ces précautions, M. Leprévost remarqua à la fin du mois, quatre mois après l'opération, une petite masse flottante qu'il put arracher, sans trop de difficulté, par les fosses nasales avec une pince à polype.

Il y a donc à craindre qu'il n'y ait déjà de la récidive. M. Leprévost espère qu'en surveillant souvent son opéré il pourra la combattre avec succès. Je connais M. Leprévost depuis longtemps, je sais son adresse et son zèle, et si on peut obtenir un bon résultat, je suis certain qu'il réussira et qu'il n'aura pas à regretter d'avoir mis à exécution le joli procédé de restauration qu'il avait combiné.

Malgré cette petite critique, le procédé de restauration de la cavité buccale par la muqueuse du vestibule pourra rendre un véritable service dans certains cas de résection du maxillaire supérieur;

il est bien combiné et il montre un chirurgien ingénieux. Aussi, messieurs, en vous demandant de vouloir bien mettre en bonne ligne M. Leprévost sur la liste des candidats au titre de membre correspondant, votre commission vous propose les conclusions suivantes :

1° D'adresser des remerciements à M. Leprévost pour son intéressante communication ;

2° De déposer son mémoire dans nos archives.

Discussion.

M. Pozzi. J'ai déjà mis en usage un procédé tout à fait semblable, après l'ablation du maxillaire supérieur, à la Pitié, pendant que je remplaçais M. le professeur Verneuil, en 1877. Mais je ne crois pas que l'observation ait été publiée. Dans la résection du maxillaire inférieur, j'ai aussi l'habitude de suturer très exactement les muqueuses vestibulaire et buccale conservées aussi largement que possible.

Communication.

Adénite pelvienne suppurée. — Laparotomie. — Extirpation de la tumeur ganglionnaire. — Guérison.

PAR M. TERRIER.

(Observation rédigée d'après les notes du Dr HALLÉ, interne du service.)

L'observation que je vais vous communiquer m'a paru présenter un certain intérêt au point de vue clinique, à propos de la question du diagnostic des tumeurs contenues dans le bassin et avoisinant l'utérus.

On sait combien, dans certains cas, il est difficile de séparer bien nettement une salpingite d'une tumeur fibreuse ou d'un kyste dermoïde de petit volume. Or, dans le fait suivant, nous avons pris pour une salpingite une tumeur due à l'hypertrophie et à la suppuration d'un groupe de ganglions pelviens.

Voici ce fait :

OBSERVATION. — M^{me} Ch..., née Boucher, 21 ans, demeurant à Paris, entre dans mon service de l'hôpital Bichat le 5 janvier 1888.

Réglée à 12 ans, les menstrues ont toujours été assez longues et douloureuses, mais n'ont jamais cessé jusqu'au début de l'affection qui amène la malade à l'hôpital.

Mariée, elle n'eut ni grossesse ni fausses couches.

Il y a un an, pendant une époque menstruelle, M^{me} Ch... fut prise de douleurs abdominales, localisées surtout vers les fosses iliaques, avec vomissements et accidents fébriles intenses, si bien qu'elle dut s'aliter pendant quelque temps.

Depuis lors, M^{me} Ch... a toujours souffert du ventre; toutefois, les douleurs s'exagéraient à chaque époque menstruelle; de plus, les époques devinrent irrégulières, et à plusieurs reprises il y eut un écoulement sanguin léger en dehors des règles.

Le 1^{er} décembre 1887, M^{me} Ch... fut prise de vives douleurs dans le ventre, douleurs accompagnées de fièvre; depuis lors, disparition absolue des époques, et l'abdomen a commencé à grossir. Toute pression exercée du côté de la fosse iliaque gauche déterminait des douleurs assez vives.

Lors de son entrée à l'hôpital (5 janvier 1888), on constate que la malade est pâle, fatiguée et très amaigrie. L'abdomen ne paraît pas augmenté de volume, au moins d'une manière appréciable. Par la palpation, on constate l'existence d'une tuméfaction profonde mal limitée, peu volumineuse et occupant la partie latérale gauche de l'excavation pelvienne, dont elle ne paraît pas dépasser le bord supérieur. La palpation de tout l'hypogastre est d'ailleurs douloureuse, mais la douleur est plus accusée du côté gauche, point où siègent les douleurs spontanées ressenties par la malade.

Au toucher, on constate que le col est petit et fermé; il regarde en arrière et à gauche. Le cul-de-sac latéral gauche est effacé, rempli par une masse bosselée, irrégulière, qui paraît adhérente au bord utérin correspondant.

Dans le cul-de-sac latéral droit existe une tumeur analogue, mais beaucoup plus dure et plus petite. Un petit noyau, de consistance presque ligneuse, existe dans le cul-de-sac postérieur.

L'utérus paraît légèrement mobile et entraîner la tumeur du cul-de-sac gauche.

Le toucher rectal n'indique rien de plus que le toucher vaginal.

On prescrit des injections vaginales antiseptiques et le repos absolu au lit.

À plusieurs reprises, M^{me} Ch... présente des poussées fébriles assez intenses, succédant presque toujours aux examens auxquels elle est soumise, et durant plusieurs jours.

Loin de s'améliorer, l'état général s'aggrave, et la malade perd absolument l'appétit et maigrit notablement.

Le 23 janvier, nouvel examen de la malade, par MM. Terrier et Quénu; on ne constate aucune modification dans le volume des rapports de la tumeur.

Le diagnostic est : salpingite probable à droite, certaine à gauche.

L'opération fut faite le 24 janvier 1888 avec l'aide de mes amis et collègues MM. Quénu et Brun.

Incision sous-ombilicale; quelques vaisseaux sont ouverts et obturés par des pinces à pression. Le péritoine ouvert, on constate que l'épiploon est adhérent au bas de l'incision abdominale du côté de la vessie.

Le faisceau épiploïque adhérent est sectionné en deux et lié en haut après résection des parties contuses par les pinces à pression placées primitivement sur lui.

Alors apparaît l'intestin repoussé en avant; cette portion de l'intestin n'est autre que la partie inférieure de l'S iliaque et le commencement du rectum. On constate que la tumeur est située en arrière et à gauche de cet intestin, derrière le péritoine, qui la recouvre entièrement. On ne peut apercevoir ni le fond de la lésion, ni les annexes, qui paraissent adhérents à droite et profondément situés dans le petit bassin.

On incise la lame péritonéale postérieure, et les deux lèvres de cette incision sont saisies avec des pinces à pression; ceci fait, à l'aide des doigts on énuclée la masse morbide formée par des ganglions agglomérés et ayant environ les dimensions du poing. A la fin de cette énucléation, une poche se rompt et du pus s'écoule au dehors; il est épongé avec soin. La masse enlevée, il reste une poche rétro-péritonéale à parois saignantes, dans laquelle on fait deux ou trois ligatures au catgut sur quelques vaisseaux; cette cavité est épongée avec grand soin et touchée avec de la solution phéniquée forte (au 20°).

Ceci fait, un gros drain est plongé au fond de cette cavité, et il sort en avant par la partie la plus inférieure de l'incision faite à la paroi abdominale antérieure.

Suture profonde de la paroi avec huit fils d'argent, suture superficielle intermédiaire au crin de Florence. L'opération, faite sous le spray, a duré trois quarts d'heure.

Pansement de Lister; ouate iodoformée au niveau du drain.

La masse enlevée fut soumise à l'examen du Dr Poupinel, qui m'a remis la note suivante :

Description macroscopique. — Masse irrégulière bosselée, du volume d'une pomme, fluctuante, constituée par un tissu blanchâtre, limitant plusieurs cavités, dont l'une présente un volume notablement supérieur à celui des autres. Toutes ces cavités sont remplies de pus.

Définition histologique. — Tissu très altéré par la suppuration. Dans les points les moins altérés de la peau on peut, à la coupe, constater la présence de vaisseaux et d'un fin réticulum, emprisonnant dans ses mailles de grosses cellules rondes. L'aspect des préparations, qui se colorent très mal et sont peu nettes, rappelle cependant assez bien l'aspect du tissu adénoïde.

Comme nous donc, M. Poupinel considère la tumeur comme formée par des ganglions lymphatiques suppurés. Quant à la situation intrapelvienne de ceux-ci, la description même de l'opération ne permet pas de douter de ce siège précis.

Les suites opératoires furent des plus simples et la température n'atteignit pas 38°, 5.

Le sixième jour (30 janvier 1888), il se produisit une petite fistule stercorale, et des matières intestinales sortirent par le drain.

Cette fistule persista une dizaine de jours, et il se fit (le 5 février) un petit abcès de la paroi abdominale.

Le 15 février, la plaie est absolument remise, et il ne reste plus que l'orifice du trajet du drain, qui est diminué de calibre et pénètre encore profondément.

Le 29 février, la malade dit perdre du pus par le vagin, et cela depuis une huitaine. On fait des injections antiseptiques avec l'eau boricuée et la liqueur de van Swieten étendue.

En mars, la petite fistule persiste aussi profonde qu'au début, mais elle est remplie par un drain d'un très petit calibre et donne issue à fort peu de suppuration.

Le 28 avril, le drain a encore 6 centimètres de long, il y a peu de suppuration, la malade quitte l'hôpital.

Elle revient se faire panser périodiquement pendant longtemps et la fistule finit par s'oblitérer.

Comme je vous l'ai dit, cette observation est un exemple rare d'adénite pelvienne, et celle-ci, profondément située derrière l'intestin et à gauche, nous a fait penser qu'il s'agissait d'une tumeur de la trompe gauche. Les troubles fonctionnels, et en particulier ceux de la menstruation, rappelaient les troubles de la salpingite ; les poussées de péritonite ou péritonisme après chaque examen, les douleurs vives provoquées et même spontanées, enfin les caractères physiques de cette tumeur bosselée et latérale à l'utérus, tout semblait plaider en faveur de notre diagnostic. Et cependant il était inexact, car nous avions affaire à une tumeur ganglionnaire suppurée.

La nature de cette adénite est parfaitement déterminée, car des inoculations faites avec le pus ont donné des résultats positifs. Ces recherches ont été faites au laboratoire du professeur Cornil.

En fait, cette observation vient encore à l'appui de ce que nous avons dit à propos du diagnostic des fibromes utérins, c'est qu'il est parfois bien difficile d'établir un diagnostic exact, et que dans ces cas l'incision abdominale reste la seule façon rationnelle d'établir la nature du mal et de l'enlever si faire se peut.

Discussion.

M. Pozzi. J'ai cité (*Bulletins de la Société de chirurgie*, 14 avril 1886) un cas semblable d'engorgement des ganglions pelviens simulant une inflammation des annexes. J'ai extirpé une grosse masse ganglionnaire en allant à sa recherche par une incision analogue à celle de la ligature de l'iliaque interne — opération que j'ai appelée *laparotomie sous-péritonéale*.

M. CHAMPIONNIÈRE. J'ai vu aussi deux cas analogues. Chez une malade, j'ai décollé le péritoine et enlevé le ganglion par frag-

ments : les résultats ont été assez bons ; elle a guéri de l'opération, mais a conservé des troubles morbides. Ses antécédents étaient comparables à ceux de la salpingite. Chez une seconde malade qui avait présenté des phénomènes de salpingite très nets, après un accouchement, la forme de la tumeur m'inspirait des doutes. J'ai fait la laparotomie et trouvé de grandes adhérences ; derrière le péritoine existait une masse que je n'ai pas cru sage d'enlever à cause de la complication de l'opération (l'intestin se déchirait sous mes doigts). Après la destruction des adhérences seules, l'amélioration fut considérable et la tumeur a disparu peu à peu. Ce résultat me rend partisan de la laparotomie plutôt que de l'incision externe pour détruire les adhérences.

M. TERRIER. L'observation de M. Pozzi ne ressemble pas à la mienne, car il n'a pas pénétré dans la cavité abdominale. De même pour le premier cas de M. Championnière. Son second cas seul peut être rapproché du mien.

M. Pozzi. Mon observation n'est pas comparable à celle de M. Terrier au point de vue du traitement. Mais elle l'est au point de vue de l'anatomie pathologique et des difficultés de diagnostic. Or, il m'avait semblé que c'étaient les points importants de la communication de M. Terrier, ceux pour lesquels il avait cru devoir la faire.

Communication.

Abcès de la surface du cerveau du côté gauche provoquant une monoplégie brachiale droite, avec aphasie et paralysie faciale sans paralysie de l'orbiculaire. Trépanation, ponction et ouverture de l'abcès. Disparition rapide des accidents. Amélioration passagère. Mort cinq jours après l'opération.

Par le Dr TERRILLON.

M. le Dr Richard (de Vanves) fut appelé le 24 décembre 1888 auprès d'un enfant âgé de 13 ans ; il se plaignait de douleurs de tête violentes, la langue était sale et il vomissait abondamment : une fièvre intense avec réaction violente indiquait un caractère grave de la maladie.

Cependant, après huit jours de cet état, tout cessa. On crut à une scarlatine à cause de la desquamation de la peau. Cinq jours après cette défervescence, le 3 janvier à dix heures du soir, l'enfant fut pris de convulsions, ses yeux s'étaient retournés, ses membres étaient raidis, ses dents étaient serrées. Les urines examinées la veille et le lendemain ne présentaient pas de trace d'albumine.

A partir de ce jour, la fièvre, qui avait cédé, reprit avec une nouvelle intensité. L'enfant se plaignit beaucoup de douleurs de tête et fut pris d'un délire qui dura de cinq à six jours.

Convaincu qu'il était en présence d'une fièvre typhoïde, le Dr Richard soumit son malade au traitement par les bains tièdes progressivement refroidis, et au bout de cinq à six jours le délire se calma et la fièvre retomba. Enfin le 20 janvier l'enfant entra en convalescence.

La convalescence fut assez régulière et la guérison parut complète le 1^{er} février.

Pendant treize jours, tout marcha à souhait, l'enfant mangeait bien et dormait avec calme, il était gai, lorsque, le 14 février, l'enfant, déjà inquiet et malade, la veille, se plaignit d'une douleur assez vive dans la fosse temporale gauche.

A ce niveau existait un léger gonflement sans fluctuation; pas de fièvre.

Le lendemain, l'enfant se plaignait de douleurs plus vives, de difficulté pour desserrer la mâchoire.

Pendant les jours suivants, la température augmenta et une légère fluctuation engagea M. Richard à faire une incision peu profonde qui ne donna issue à aucun liquide autre que du sang; c'était le 20 février. Le 21, éclatèrent d'autres symptômes plus graves. On nota de l'aphasie; l'enfant répondait *oui* à toutes les questions, et il était atteint d'une monoplégie brachiale très manifeste. Température, 38°.

M. le Dr Bucquoy, appelé le 22 février, constata les signes évidents d'une compression cérébrale et me pria de me rendre auprès du malade, qui habitait près de Paris, à Vanves.

Quand je vis cet enfant, le 23 février, on pouvait constater les symptômes suivants : au niveau de la fosse temporale, existait une tuméfaction notable, nettement fluctuante, avec œdème périphérique s'étendant au front, aux paupières, au pavillon de l'oreille et au cuir chevelu et empiétant sur le sommet du crâne.

L'épaisseur des tissus situés en dehors de la collection était telle qu'on pouvait affirmer la position profonde de l'abcès, situé probablement au contact de l'os.

L'enfant était dans un état de torpeur profonde, à toutes les questions qu'on lui adressait, il répondait oui, et s'impatiait de ne pouvoir trouver les mots qu'il cherchait pour s'exprimer.

La face du côté gauche paraissait plus petite; et quand il voulait parler, la commissure du côté gauche était entraînée. Il ne pouvait gonfler ses deux joues.

Pendant les deux muscles orbiculaires étaient intacts. Il m'a semblé que la langue tirée hors de la bouche avait la pointe attirée vers la gauche.

L'avant-bras, le bras et la main étaient immobiles, mais les membres inférieurs restaient intacts. Les pupilles également dilatées et contractiles. En présence de ces signes si bien définis, il ne pouvait y avoir qu'un diagnostic possible : Abscès extérieur occupant la fosse temporale et s'accompagnant d'un abcès intérieur par rapport aux parois du crâne

et comprimant la base et la partie moyenne de la circonvolution frontale ascendante.

Mon intervention immédiate consista à ouvrir assez largement l'abcès extérieur, en faisant une incision sur la partie saillante.

Je donnai issue à du pus assez épais, grumeleux et un peu teinté de sang.

L'os était dénudé profondément, et le fond de la cavité était fongueux. Cette cavité fut lavée avec soin et drainée. Il me fut impossible de faire une intervention plus profonde, d'abord parce que je n'avais pas les instruments nécessaires, et aussi parce que je désirais savoir si l'écoulement de l'abcès extérieur ne donnerait pas une diminution ou une disparition des accidents de compression cérébrale.

On pouvait supposer, en effet, que les deux collections étaient en communication l'une avec l'autre.

Je priai M. Richard de surveiller le malade, de renouveler le pansement, en lavant la cavité de l'abcès, et de me tenir au courant de ce qui surviendrait.

Le surlendemain de cette première intervention, le 25 février, il y eut, d'après les personnes présentes, quelque amélioration dans les phénomènes paralytiques du côté du bras. L'avant-bras put être déplacé volontairement plusieurs fois, quelques mots furent répétés difficilement.

Mais le lundi 25, tous ces faibles signes d'amélioration, du reste passagers, avaient disparu à mon arrivée, et la prostration de l'enfant était encore plus profonde que les jours précédents, l'aphasie presque absolue, sauf le mot *oui*, et il ne pouvait remuer aucune partie du bras droit.

Il ne pouvait y avoir aucune hésitation et je proposai de faire une trépanation afin d'atteindre le foyer qui comprimait la base de la circonvolution frontale.

Opération le 25 février avec le concours du Dr Richard. L'enfant fut chloroformé.

Prenant l'ouverture pratiquée deux jours auparavant comme centre, je débride crucialement les parties molles de la tempe; quelques pinces à forcepression sont placées sur les artères.

Des fongosités mêlées de pus et de débris du muscle temporal sont enlevées, et profondément je rencontre l'os dénudé sur une assez grande étendue.

Après le nettoyage de cette cavité anfractueuse et dénudation de la surface osseuse, je constate que la partie dénudée est un peu plus grande qu'une pièce de cinq francs.

Avant d'appliquer la couronne de trépan, je cherche sur le crâne des points de repère nécessaires pour m'orienter, car il est indispensable que la partie osseuse enlevée corresponde aussi exactement que possible à la partie inférieure et moyenne de la circonvolution frontale ascendante.

Je m'efforçai de déterminer sur le squelette la meilleure position à donner à cette intervention pour arriver au résultat désiré.

Mesurant sur une ligne horizontale partant de l'apophyse orbitaire externe une distance de quatre centimètres et demi (et non pas cinq centimètres, car il s'agissait d'un enfant), et prenant à l'extrémité de cette ligne idéale une autre ligne verticale de 2 centimètres et demi, je crus pouvoir déterminer au moins suffisamment le point de repère désiré.

L'endroit ainsi désigné correspondait un peu au-dessus du centre de de la portion osseuse dénudée.

Une couronne de trépan de moyenne étendue et mesurant 3 centimètres de diamètre permit d'enlever facilement une rondelle osseuse, mince et assez friable.

J'agrandis même cette ouverture, surtout en bas et en avant, en enlevant avec des pinces quelques parcelles osseuses qui se détachaient assez facilement.

L'ouverture ainsi pratiquée mesurait 4 centimètres de diamètre.

D'après mon attente, je comptais trouver un foyer purulent situé entre le crâne et la dure-mère analogue à celui qui existait entre le péricrâne et l'os sous-jacent. Je ne vis aucune trace de pus.

Au fond du trou osseux se trouvait une membrane d'apparence tomenteuse, violacée, qui me sembla assez épaisse au toucher.

Je la nettoyai avec soin.

Cependant j'étais tellement convaincu qu'une collection purulente existait à ce niveau, que je n'hésitai pas à plonger dans les tissus mis à nu une aiguille de l'appareil de Dieulafoy, parfaitement aseptique.

Une première ponction pratiquée vers la partie postérieure de l'ouverture, à près de 2 centimètres de profondeur, ne donna aucun liquide; en retirant légèrement la canule, je n'obtins rien.

Une seconde ponction fut faite vers le centre de la même manière, et l'aspiration ne donna aucun résultat.

Ne perdant pas courage, je fis une troisième ponction dans la partie antérieure et inférieure. Cette fois, au moment de l'ouverture du robinet, on voit s'élancer dans le corps de pompe du pus verdâtre crémeux.

Cette quantité de pus peut être évaluée environ à une petite cuillerée, à bouche.

L'aspiration faite une seconde fois, après avoir donné issue à cette première quantité de pus, fournit encore avec une certaine brusquerie une cuillerée à café du même liquide.

Laissant alors la canule en place, afin qu'elle me servit de conducteur, je pratiquai avec un mince bistouri une incision sur la membrane assez épaissie qui me séparait de la cavité de l'abcès.

Je vis alors sortir une faible quantité de pus crémeux et grumeleux. L'ouverture agrandie permit de nettoyer le foyer avec des tampons de ouate imbibée d'eau phéniquée et tenus avec une pince.

Le champ opératoire fut nettoyé avec soin et bourré de gaze iodoformée, car on ne pouvait faire aucune réunion sur des lambeaux dont la base et la face profonde avaient suppuré.

Lorsque l'enfant fut réveillé du sommeil anesthésique, nous pûmes

constater aussitôt que le bras, l'avant-bras et les doigts pouvaient se mouvoir volontairement.

La paralysie faciale avait presque entièrement disparu, et quand le malade ouvrait la bouche ou essayait de rire, la bouche n'était plus entraînée du côté gauche.

Enfin il put prononcer plusieurs mots distinctement, alors que quelques instants auparavant il répondait *oui* à toutes les questions.

Le soir de l'opération, la température est de 38°,2. L'enfant a remué le bras droit,

26 février. Le lendemain matin : T. 38°,2, p. 96 ; soir : T. 38°,9, p. 116.

Le soir, le malade répond, mais en cherchant les mots, aux questions qu'on lui pose. Il est gai. Il remue son bras droit et serre faiblement la main.

27 février. Matin : T. 37°,6, p. 104 ; soir : T. 38°,6, p. 100.

Dans la journée, on change le pansement.

Le malade répond encore aux questions et remue son bras droit ; mais quand on prolonge l'interrogation, il se fatigue visiblement et ne répond plus que *oui*.

28 février. Nuit assez bonne ; sauf à minuit où il y eut de l'agitation. Matin : T. 38°, p. 108 ; soir : T. 38°, p. 96.

Dans la journée trois vomissements. Douleurs très vives à la pression dans les masses musculaires du bras droit et de la jambe droite.

1^{er} mars. Nuit bonne, grâce à un lavement de chloral. Matin : T. 38°,8, p. 84 ; soir : T. 39°,8, p. 101.

Le malade n'a pas vomi.

On résèque un bourgeon de substance cérébrale gros comme une noisette.

La journée est très agitée. On a de la peine à maintenir le malade qui est très agité.

2 mars. Matin : T. 39°,4, p. 112 ; soir : T. 40°, p. 156.

L'agitation continue le matin.

Le soir survient le coma et le malade meurt le 3 mars à midi, cinq jours après l'opération.

Réflexions. — Cette observation présente plusieurs points importants qui méritent d'attirer l'attention.

Il est certain que l'aphasie avec hémiplégie brachiale droite et paralysie faciale sans paralysie de l'orbiculaire indiquait la présence d'une lésion au niveau de la circonvolution frontale ascendante ou vers la base de celle-ci.

Cette localisation établie par Broca, par les travaux de M. Charcot et de ses élèves, n'était pas douteuse ; aussi elle indiquait nettement qu'à ce niveau existait une lésion.

Était-ce une simple compression ou une lésion plus profonde, cela était difficile à déterminer.

Mais ce qu'il était facile de préjuger, c'est qu'un abcès analogue à celui qu'on trouvait à la surface du crâne devait exister aussi à la surface du cerveau.

On pouvait même affirmer qu'il devait exister au même niveau de la partie du crâne qu'on a indiqué, comme correspondant à la circonvolution frontale ascendante.

Aussi, après l'ouverture large de l'abcès superficiel, je me trouvais en présence d'une large dénudation de la fosse temporale; l'os était à nu dans une étendue de 5 centimètres carrés.

C'était donc dans cet espace que devait porter la trépanation, mais il s'agissait de savoir à quel niveau devait être appliquée la couronne de trépan; c'est à ce propos qu'on devait faire intervenir les notions qui nous sont fournies par l'étude des localisations cérébrales.

En prenant les points de repère ordinairement indiqués et en tenant compte de ce fait qu'on avait affaire à un crâne d'enfant, n'ayant pas encore son développement et son volume normaux, je choisis les points de repère suivants :

Une distance de 6 centimètres, mesurée sur une ligne horizontale partant de l'apophyse orbitaire externe, donna le premier point de repère.

Sur ce dernier point, une ligne verticale de 2 centimètres fournit l'indication du lieu exact où devait porter la trépanation. Cette petite région ne correspondait pas exactement au centre de la partie dénudée, mais elle était située en avant et en bas.

Je n'hésitai pas à enlever à ce niveau une couronne de trépan de 3 centimètres de diamètre.

Cette ouverture du crâne que je pus agrandir légèrement avec un instrument tranchant, car l'os était un peu ramolli, correspondait assez exactement à la région de l'abcès, et par conséquent au niveau du pied de la circonvolution frontale ascendante.

Un second point qui mérite d'être discuté également est l'origine ou la cause première de cette maladie.

Je crois qu'il ne peut y avoir aucun doute sur l'étiologie. Il s'agit ici d'une ostéo-myélite du crâne, analogue à celle qu'on voit si souvent se développer au niveau des membres. Cette inflammation a provoqué la formation d'un abcès extérieur aux os du crâne en même temps qu'une collection à la surface interne. Celle-ci avait perforé la dure-mère et comprimait la surface du cerveau en ayant creusé une cavité dans la circonvolution correspondante.

L'enfant avait présenté avant la période d'accidents cérébraux des symptômes qui simulaient ceux de la fièvre typhoïde. On sait combien ces symptômes aigus de l'ostéo-myélite sont semblables à ceux de la dothiéntérie.

Discussion.

M. ANGER. J'ai eu l'occasion d'observer dans mon service, l'an dernier, un adulte qui entra avec une monoplégie brachiale gauche. Il n'y avait pas d'aphasie. Au niveau de l'apophyse mastoïde droite, existait une fistule provenant d'un abcès ouvert extérieurement et un peu de paralysie faciale gauche.

Il fut pris subitement, dans mon service, de phénomènes convulsifs épileptiformes à gauche. M. Tuffier fit alors, sur ma demande, une trépanation dans la région de la frontale ascendante. La dure-mère d'abord, et ensuite le cerveau mis à nu, faisaient une légère saillie. M. Tuffier fit une ponction au bistouri, et du pus fut extrait, environ une cuillerée à café. Le malade succomba.

Depuis lors, une femme apportée dans un état comateux dans mon service, et pour laquelle je ne suis pas intervenu, avait un hématome sous la dure-mère. Je regrette de ne pas l'avoir opérée, car l'autopsie a montré que la collection aurait pu être facilement évacuée.

M. CHAMPIONNIÈRE. L'observation de M. Terrillon est intéressante à plusieurs points de vue. En ce qui concerne les localisations cérébrales, elle est démonstrative de ce fait qu'elles sont toujours utiles parce qu'elles guident dans une région et non parce qu'elles indiquent un point auquel la maladie est étroitement limitée. L'intervention chirurgicale se fait toujours par une surface relativement très large. J'ai déjà eu l'occasion de montrer par des exemples que lorsqu'une plaie extérieure indique un point frappé, tandis qu'une localisation nette indique une autre région cérébrale compromise; il y a lieu de tenir beaucoup de compte de cette dernière indication si on veut trouver avec exactitude les points malades.

Il y a dans l'observation un point que je ne comprends pas bien. Pourquoi M. Terrillon qui pense trouver une lésion d'un centre ne fend-il pas la dure-mère avant de faire une ponction? ils s'exposait ainsi à s'égarer beaucoup et se privait de l'examen direct du cerveau qui donne les renseignements les plus précieux. Tout doit vous porter à agir de la sorte; on peut dire d'une manière générale qu'il n'y a aucun inconvénient à voir le plus clair possible; et dans le cas de Terrillon en particulier, il s'agissait d'un enfant, et les enfants tout spécialement supportent bien les grands traumatismes cérébraux.

J'ai eu l'occasion, appelé récemment pour un enfant de 5 ans qui avait eu une énorme portion du frontal et du pariétal droit enfoncé dans la substance cérébrale, de faire une trépanation con-

sidérable au milieu du pus, et les suites ont été d'une simplicité extrême, en grande partie, je crois, à cause de la grande largeur de la trépanation.

J'ai dit ailleurs que mon expérience de la trépanation m'avait appris que, dans les cas les plus simples, la guérison était toujours plus facile et plus régulière pour les cas d'ouverture très large que pour ceux où l'ouverture était plus étroite. Dans les cas difficiles, compliqués de suppuration, cela est plus vrai encore, car on peut alors faire beaucoup plus complètement les nettoyages des foyers.

Incidemment, M. Anger a exprimé sa surprise à propos de la précision qu'assurent les localisations cérébrales pour la découverte des centres. Mais c'est là pour nous une vérité bien acquise et depuis longtemps. Si même nous avions dû entamer ici cette question, je vous aurais rapporté, comme la meilleure preuve, l'histoire d'un de mes opérés qui est l'une des plus topiques. Elle est aussi l'une des plus intéressantes, car je crois qu'aucun chirurgien n'a tenté d'opération semblable. J'ai ouvert un petit foyer d'hémorragie cérébrale sur un malade de notre collègue M. Letulle. Nous avons diagnostiqué un foyer sur la partie moyenne de la frontale ascendante. Au mois de mars dernier, j'ai fait l'opération en présence de M. le professeur Lannelongue; j'ai ouvert sur la frontale ascendante un petit foyer très étroit; les suites favorables de l'opération ont démontré la grande importance de la direction donnée à l'opération qui ouvre un champ tout nouveau à la chirurgie. Mais je ne cite ce fait qu'en passant et pour montrer combien peut être féconde la chirurgie cérébrale vers laquelle j'ai depuis si longtemps cherché à entraîner nos collègues.

M. TERRILLON. J'ai fait la ponction pour m'assurer de la position du foyer; quant au débridement, il a été suffisant, je l'affirme, pour nettoyer le foyer.

Communication.

Extraction d'une balle logée dans le rocher du côté droit. Guérison,

Par M. E. KIRMISSON.

Le nommé X..., âgé de 38 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, n° 10, le 26 avril 1889. Il s'est tiré plusieurs coups de revolver dans la région temporale et dans le conduit auditif du côté droit. Deux plaies petites, arrondies, à bord noirâtre, existent dans la région tem-

porale, un peu au-dessus de l'arcade zygomatique. Deux autres plaies disposées en sétou occupent l'extrémité externe du sourcil. A l'entrée du conduit auditif, on remarque une eschare noirâtre. Il existe dans la fosse temporale un fort épanchement sanguin; quand on vient à presser avec la main sur cet épanchement, le sang s'écoule par l'oreille. La moitié droite de la face offre une paralysie incomplète; l'œil droit est sain, mais les paupières sont fortement tuméfiées.

Lavage des plaies et du conduit auditif avec la solution phéniquée forte; pansement avec la poudre d'iodoforme et la gaze iodoformée.

Le 15 mai, la guérison des plaies des régions sourcilière et temporale est complète; l'épanchement sanguin est totalement résorbé. Mais un écoulement sanieux persiste par l'oreille, la paralysie faciale est de plus en plus accusée.

Dans ces conditions, je me décide à intervenir pour enlever le corps étranger inclus dans le rocher.

Le 20 mai, le malade étant endormi, je cathétérise avec un stylet le trajet fistuleux de l'oreille; j'arrive sur un corps dur, sonore à la percussion, que je crois être la balle enclavée dans la paroi postérieure du conduit auditif. Je cherche à l'avoir avec un tire-balle, mais sans y parvenir. Le stylet de porcelaine de Nélaton introduit dans la direction du corps étranger est ramené taché de sang, mais sans traces métalliques. J'emploie alors l'appareil électrique de M. Trouvé qui indique immédiatement par sa sonnerie la présence de la balle dans le point où nous l'avions soupçonnée.

Étant désormais fixé sur le siège de la balle et sur l'impossibilité de l'extraire par les voies naturelles, je décolle le pavillon de l'oreille par une incision qui contourne son bord postérieur et sa partie supérieure. Le pavillon de l'oreille ainsi décollé de ses insertions postérieures et supérieures, est rejeté en avant. L'apoplexie mastoïde est mise à nu avec la rugine; puis j'y place à une profondeur de 1 cent. 1/2 environ une petite couronne de trépan, du diamètre d'un centimètre. Avec la gouge et le maillet, je fais ensuite sauter le rebord osseux qui sépare la perte de substance créée par le trépan du conduit auditif externe. De temps en temps, je me guide au moyen de l'appareil Trouvé pour aller à la recherche du projectile; je finis par en saisir un fragment assez volumineux; mais l'appareil électrique nous montre qu'une portion du projectile est encore incluse dans la profondeur de la plaie.

Il me faut sculpter péniblement le rocher pour arriver à mettre le fragment de balle à découvert. Enfin, je puis l'apercevoir et me rendre compte qu'une mince lamelle osseuse le maintient seule en place; cette lamelle est détachée avec la gouge et le maillet. La balle devient libre alors, et il m'est très difficile de la saisir avec des pinces et d'en pratiquer l'extraction. Mais les recherches ont été longues et pénibles et l'opération, dans son ensemble, a duré un peu plus d'une heure.

La balle extraite, la plaie est lavée avec la solution phéniquée forte; l'incision qui détache le pavillon de l'oreille de ses insertions,

est réunie au crin de Florence, avec interposition d'un petit drain. Tampon iodoformé dans l'oreille, pansement à la gaze iodoformée.

Les suites de cette intervention ont été des plus simples. Le malade n'a point eu de fièvre, et très peu de douleurs. Au bout de deux ou trois jours, le drain a été supprimé; le sixième jour, 26 mai, les fils sont enlevés; la réunion de la plaie est complète, mais un écoulement sanieux a continué à se faire pendant assez longtemps par le conduit auditif externe. C'est seulement le 17 juin que cet écoulement étant tari, le malade a pu quitter l'hôpital. A ce moment, la paralysie faciale persistait encore, mais considérablement atténuée.

La question de l'extraction des balles incluses dans le rocher ayant été plusieurs fois posée dans ces derniers temps devant la Société de chirurgie, j'ai cru intéressant de lui communiquer cette observation.

Elle vient à l'appui des faits de MM. Berger, Périer, Terrier, pour montrer que l'ablation des projectiles de l'oreille est une opération pleinement justifiée. En supprimant le corps étranger, elle met le malade à l'abri des dangers résultant pour lui d'une suppuration interminable, et si elle ne peut lui rendre l'usage de l'ouïe que les dégâts de l'appareil auditif ont à jamais aboli, elle permet du moins la suppression de la paralysie faciale, en mettant fin à la compression et à l'irritation de ce nerf. Il est bien évident que cette opération ne pourra être entreprise que dans les cas où il n'existera pas une contre-indication formelle, par exemple une encéphalo-méningite traumatique. Je réponds par là à la préoccupation qui a guidé M. Tachard dans la communication qu'il vous a faite au sujet des contre-indications à l'extraction des corps étrangers inclus dans le rocher; mais je tiens à protester contre l'assertion de ce dernier auteur quand il dit que l'explorateur électrique de M. Trouvé est sans utilité, et peut même exposer à des erreurs.

Dans le cas qui m'est propre, le stylet électrique de M. Trouvé nous a rendu les plus remarquables services, en nous guidant toujours très exactement vers le trajet occupé par le projectile et nous permettant de reconnaître, après l'extraction d'une de ses moitiés, la présence et le siège exact de l'autre moitié dans le rocher. Le fait est d'autant plus intéressant que, dans ce cas particulier, le stylet de Nélaton ne nous avait été d'aucune utilité. Enfin, ici, comme dans les faits de M. Berger, l'explorateur électrique a été d'un grand secours, non seulement pour nous diriger vers le projectile à extraire, mais encore pour nous permettre d'éviter la lésion du nerf facial. En effet, à chaque fois que nous portions l'explorateur en arrière vers la dernière portion de l'aqueduc de Fallope, le malade présentait des soubresauts de la face qui

nous indiquaient que nous étions au voisinage du nerf, et qu'il fallait nous reporter plus en avant ¹.

Discussion.

M. CHAUVEL. Je ne puis pleinement me rallier aux conclusions de M. Kirmisson, car j'estime qu'il n'y a guère lieu d'intervenir qu'en cas de complication. La paralysie faciale n'a pas cessé chez le malade de M. Kirmisson, sans doute parce qu'elle était due à une lésion du nerf produite au moment du traumatisme.

L'instrument de Trouvé n'a de valeur que s'il donne un résultat positif, ce qui est loin d'être constant. La chirurgie militaire ne peut donc d'une manière générale en attendre que des services médiocres.

M. REYNIER. J'ai traité deux malades, comme M. Kirmisson; dans un troisième cas, je ne suis pas intervenu, et depuis trois ans le blessé garde sa balle sans inconvénient. Le stylet de Nélaton ne m'a jamais été d'un grand secours; ses indications sont insuffisantes lorsque les balles sont logées profondément. Quant à l'instrument de Trouvé, je l'ai employé avec profit, mais il se peut qu'il n'éclaire nullement le diagnostic.

M. KIRMISSON. Attendre qu'un méningo-encéphalite nécessite l'intervention, c'est se mettre en dehors des conditions fondamentales du succès. Il y a avantage, dans certains cas, à intervenir même lorsqu'il n'y a pas d'accidents pressants. L'instrument de Trouvé est souvent un guide précieux, sinon toujours pour le diagnostic, du moins pendant l'opération.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

S. Pozzi.

¹ Le malade a été revu le 10 juillet; son état est excellent; la paralysie faciale peut être considérée comme guérie. C'est à peine s'il existe encore une très légère asymétrie de la face.

Séance du 10 juillet 1889.

Présidence de M. LE DENTU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

- 1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;
- 2° M. HORTELOUP s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

3° M. le D^r LEPRÉVOST (du Havre) demande à être inscrit sur la liste des candidats aux places de correspondant national ; il envoie à l'appui de sa candidature : *Étude sur les cystites hémorrhagiques ; Deux cas de sclérodémie semi-annulaire ; Un cas de scorbut sporadique de forme anormale ; Kyste hydatique de la rate et du foie, etc., etc.*

4° *Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, gastrotomie suivie de guérison*, par M. AUFFRET (de Brest), membre correspondant.

5° *Sur le traitement des fibromes utérins par l'électricité*, par M. le D^r ONIMUS. (M. Le Dentu, rapporteur.)

6° *Inversion utérine par tumeur du fond de la matrice, traitée par la méthode de M. Périer*, par le D^r LE CLERC (de Saint-Lô). (M. Périer, rapporteur.)

A propos du procès-verbal.

Contusion du cerveau dont les lésions anatomiques ne sont pas en rapport avec les données physiologiques actuelles sur les centres moteurs.

M. TILLAUX. A l'occasion de la récente communication de M. Terrillon sur un abcès du cerveau, je désire vous communiquer un fait qui m'a paru intéressant et instructif. Ce que nous connaissons

de plus positif aujourd'hui sur les centres moteurs, nous a été révélé surtout par les observations faites chez l'homme. Ce n'est pas que je repousse les expériences déjà anciennes sur les animaux de Férrier, Hitzig, etc., mais j'estime que c'est aux observations prises patiemment sur l'homme que nous devons les notions les plus précises sur ce point qui intéresse tout particulièrement les chirurgiens.

Un homme âgé de 50 ans, porteur aux Halles, fut renversé par une voiture, et dans la chute le front heurta violemment sur le sol. Il fut apporté dans mon service le 10 mars 1888. Il était atteint d'une manoplégie brachiale droite avec un léger degré d'aphasie. Il n'existait des troubles ni de la vision, ni de l'audition. La lésion de l'écorce devait donc être très limitée et d'après les données qui nous ont été fournies surtout par MM. Bourdon et Charcot, je pensais qu'elle devait siéger dans le pied de la circonvolution frontale ascendante du côté gauche, au voisinage de la circonvolution de Broca. Plusieurs fois, en me basant sur ce que nous connaissons de mieux acquis relativement aux centres moteurs, j'avais déclaré au lit du blessé, qu'en cas de complications, nous saurions exactement où appliquer la couronne de trépan. Or, cet homme succomba le 7^e jour aux suites d'une pleuro-pneumonie, vous pensez si je m'empressai de vérifier nos prévisions.

Voici le cerveau que je mets sous vos yeux et voici les dessins qui ont été faits immédiatement pendant l'autopsie par M. Marcel Sée, mon externe, fils de notre collègue M. Marc Sée; vous pouvez constater que ce fait n'est pas favorable à la théorie généralement admise. Il existe des contusions multiples et assez profondes, mais non dans les points où nous soupçonnions devoir les rencontrer. La circonvolution frontale ascendante, en particulier à la partie postérieure de la 3^{me} frontale, était absolument intacte.

Vous pouvez constater que les foyers de contusions siègent au niveau de l'extrémité antérieure des 2^e et 3^e frontales gauches sur leurs deux faces supérieures et inférieures. Un autre foyer siège également sur l'extrémité antérieure de la 1^{re} circonvolution temporale du même côté. La face inférieure de ce même lobe temporal présente en outre quatre foyers de contusions.

M. Charcot, auquel j'avais fait part de cette observation, m'objecta que les irradiations portaient peut-être des foyers principaux de contusion pour atteindre la zone motrice, mais la coupe de la substance cérébrale pratiquée sur ce dernier point n'a pas permis de confirmer cette hypothèse.

Nous devons d'autant mieux étudier attentivement les faits de ce genre que tous les physiologistes, Brown-Séquard, Vulpian entr'autres, n'admettent pas les localisations cérébrales, et je le

répète, c'est surtout la clinique qui nous permettra de résoudre le problème.

Je ne tire pas, pour mon compte, une conclusion ferme de cette observation ; je constate seulement que si, me basant sur les données physiologiques régnantes, j'avais ouvert le crâne de mon blessé au niveau de la zone motrice, je n'aurais trouvé absolument aucune lésion.

Discussion.

M. BERGER. M. Lucas-Championnière me paraît aller trop loin lorsqu'il révoque en doute l'authenticité des cas d'aphasie dans lesquels on n'a pu constater de lésion de la circonvolution de Broca. Des faits de cette nature existent et, bien qu'ils ne soient pas très nombreux, ils sont absolument indiscutables.

L'aphasie par lésions de l'insula à l'exclusion de la circonvolution de Broca a été observée par différents auteurs, depuis le cas de M. Charcot, si fameux et tant discuté à l'époque. Il est vrai que, dans la grande majorité des cas, la substance grise et les faisceaux blancs sous-corticaux de la troisième circonvolution frontale étaient en même temps affectés ; mais nous possédons néanmoins un certain nombre de cas incontestables où l'insula seul était atteint. Tels sont ceux de MM. Lépine, Closel de Boyer, Marie, Déjerine, etc. Que l'insula soit considéré comme un centre cortical du langage ou comme un lieu de passage pour les conducteurs émanant de ce centre, sa lésion isolée peut, ainsi que M. Déjerine l'a démontré, entraîner une aphasie Bouillaud-Broca typique.

Plus rares sont les faits où l'insula lui-même était intact : il en existe cependant. J'en ai observé et minutieusement décrit un exemple dans lequel l'autopsie a été pratiquée par M^{me} Déjerine, alors interne dans mon service, à Tenon. Le fait a été publié dans tous ses détails dans la *Revue de chirurgie* (t. VII, février 1887, p. 85).

Je vous rappelle seulement dans le sommaire de cette observation, très minutieusement recueilli, ce qui a trait à la question qui nous occupe :

Chute sur la tête. — Fracture de la base du crâne. — Aphasie motrice, type Bouillaud-Broca. — Pas de surdité verbale. — Pas de cécité verbale. — Conservation de l'intelligence et de la mimique... — Autopsie : Quatre traits de fracture distincts..., rupture de la branche antérieure de l'artère méningée moyenne. — Epauchement sanguin sous-durémérien, formant tumeur, occupant l'étage moyen droit de la base du crâne et comprimant la face inférieure du lobe sphénoïdal. — Hémorrhagie cérébrale en foyer

dans le faisceau pédiculo-pariétal inférieur gauche avec déchirure de l'écorce et petit épanchement sous-piémérien. — Intégrité absolue de la circonvolution de Broca, du pli qui la relie à la circonvolution frontale ascendante, du lobule de l'insula, de la région rétro-insulaire et des faisceaux blancs sous-jacents.

Vous pouvez constater ces lésions sur les dessins qui accompagnent le travail auquel je vous renvoie. Les faits sont là, qu'on les interprète physiologiquement comme on le voudra, il n'en résulte pas moins une conséquence de la plus haute importance pratique. Dans certains cas de traumatismes cérébraux ayant déterminé l'aphasie, on peut pratiquer la trépanation au siège indiqué par la localisation sans trouver de lésion au point correspondant aux troubles physiologiques observés.

Je suis bien loin de vouloir en conclure que l'on ne doive pas trépaner en se guidant sur les troubles physiologiques observés sur le malade, et de dire que les indications tirées des localisations cérébrales ne doivent pas avoir une influence prépondérante sur la conduite du chirurgien, quand il s'agit de trépanation ; mais l'impartialité scientifique nous oblige à reconnaître l'exactitude de ces faits d'exception et d'en tenir compte alors même qu'ils sont peu favorables aux doctrines et aux idées que nous nous efforçons de faire prévaloir.

M. POZZI. Il est nécessaire d'attendre la publication *in extenso* de l'observation de M. Tillaux avant de tirer de ce fait des conclusions prématurées. M. Tillaux nous a dit que son malade était aphasique ; mais quelle espèce d'aphasie avait-il ? Il y a des *aphasies* et non pas *une aphasie*, correspondant chacune à la lésion d'un centre spécial (la question a fait de grands progrès depuis la première description de Broca). L'un de ces centres, celui de la *mémoire auditive* siège sur la première circonvolution temporale ; sa lésion produit la surdité verbale. Or, M. Tillaux a trouvé sur le cerveau de son malade une forte contusion en ce point.

M. KIRMISSON. Il y a probablement des irradiations à distance qui viennent troubler la symptomatologie. Cela est vrai et pour les tumeurs et pour les traumatismes. J'ai communiqué un fait de cette nature à la Société. Dans un nouveau fait, je trépanai d'après les localisations cérébrales et ne trouvai rien. L'autopsie montra des lésions diffuses. Je crois fermement aux localisations cérébrales ; mais il s'agit ici de chirurgie et non de physiologie et, en clinique, une foule de facteurs accessoires doivent entrer en ligne de compte.

M. TERRILLON. Je suis partisan de la trépanation, on le sait.

Mais il faut souvent s'attendre à des irradiations très éloignées. Voici une observation qui le prouve :

Un petit garçon venant de recevoir un morceau de fonte sur la tête et qui était presque sans connaissance, aphasique et monoplégique du bras droit avec paralysie faciale. Je m'occupai d'abord de relever le pariétal enfoncé et j'enlevai à peu près 7 centimètres carrés de la voûte au-dessus de la zone sylvienne. Cela suffit à dissiper les accidents, et je n'eus pas, comme je le prévoyais, à appliquer le trépan dans la zone motrice. Quinze jours après, les mêmes accidents revinrent avec force et disparurent spontanément.

M. CHAMPIONNIÈRE. L'observation de M. Tillaux est intéressante sans doute, mais elle ne me paraît pas de nature à échapper à cette règle qui veut qu'en matière de faits scientifiques, on soit sévère aux faits négatifs.

Tout d'abord l'aphasie est un phénomène complexe, très difficile à étudier chez les sujets atteints de traumatisme, et, sur ce point, son observation mériterait d'être soigneusement discutée.

Puis, en admettant qu'aucune réserve ne fut possible pour les détails, en quoi consiste cette observation ? Un large traumatisme cérébral, intéressant la partie antérieure du lobe frontal, région qui ne donne pas de réaction fonctionnelle ; tout le monde connaît ce fait. Ce foyer de contusion avec épanchement n'est pas si loin de la région des centres de la parole et du bras, qu'on ne puisse admettre que ceux-ci subissent une action de voisinage. Et cette hypothèse est d'autant plus vraisemblable que M. Tillaux vous a dit lui-même que les phénomènes du côté du bras étaient fort peu marqués et irréguliers. M. Tillaux est beaucoup plus près de la région qu'il ne paraît le penser ; et, en examinant le cas de très près, on verrait qu'il est plutôt à invoquer en faveur de la doctrine des localisations que contre elle, quelque imparfaite que soit l'observation. Cette observation est imparfaite, en effet ; au lieu de faire au voisinage des centres les coupes nécessaires, on a gardé le cerveau tel qu'il était en y faisant quelques incisions absolument insuffisantes. Il est impossible ainsi de savoir dans quel état étaient les parties sous-jacentes aux centres.

Non seulement je ne pense pas que l'observation de M. Tillaux ait la valeur physiologique qu'il lui attribue, mais je ne crois pas non plus que la petite attaque contre les localisations dont elle est l'occasion soit justifiée par rien. Je crois qu'il n'y a pas beaucoup lieu, en pareille matière, d'invoquer l'autorité de M. Brown-Séquard dont l'argumentation paraît avoir bien peu ému les physiologistes qui connaissent ces questions.

C'est une erreur de penser que les observations sur l'homme

sont rares, et que les doctrines dérivent surtout des expériences sur les singes. On peut rappeler qu'en outre des observations pathologiques très démonstratives, on a fait, à tort ou à raison, de vraies expériences sur l'homme. L'électrisation directe des centres a été assez souvent pratiquée au cours d'opérations diverses pour faire évanouir tous les doutes qui auraient pu subsister à leur égard. Aussi, à l'heure actuelle, personne ne discute guère sur le fond de la question, et c'est l'étude des centres sensoriaux qui absorbe toute l'attention des observateurs. Je réserve bien entendu tout ce qui a trait aux détails des localisations étudiées d'une façon si complète dans les dernières recherches de M. Horsley.

Je ne puis donc partager la manière de voir de M. Tillaux et je ne crois pas que son observation, intéressante comme histoire pathologique, mais très incomplète au point de vue qui nous intéresse, soit destinée à changer quoi que ce soit dans les doctrines dont nous continuerons à faire notre profit pour la chirurgie cérébrale.

Je vous rappelle en terminant que, même avec les contestations du genre de celle-ci, comme il s'agit non d'un point à rechercher mais d'une région, on serait amené, par une large trépanation, sur les foyers dont l'irradiation se faisait sentir à quelque distance et impressionnait des centres désignés.

Je demande à ajouter un mot après M. Pozzi à propos de l'aphasie. C'est un détestable exemple à prendre pour discuter les questions de localisations; il y a longtemps que j'ai montré que de tous les centres, celui de la parole était celui dont il serait le plus difficile de tirer parti en chirurgie. Pour l'utiliser avec quelque assurance, il faut surtout qu'il soit associé à quelque centre moteur altéré. L'observation de M. Berger est loin d'être aussi démonstrative que le pense son auteur.

M. Kirmisson pense que j'ai mal interprété ses observations mais, selon moi, elles ne prouvent pas du tout qu'une trépanation suffisamment large n'aurait pas donné de résultat même en la commençant au voisinage des centres paralysés. L'efficacité du trépan se fait sentir même en un point éloigné de l'ouverture et la décompression des centres qui souffrent assez pour engendrer une paralysie est certainement utile. Qui dit à M. Terrillon que si au lieu de limiter sa trépanation au sommet de la tête, il avait découvert aussi les centres, il n'aurait pas évité les complications qui ont menacé son malade. Son observation, étudiée au point de vue des localisations, serait du reste très discutable; je n'y insiste pas.

Enfin, messieurs, me plaçant non plus au point de vue de la physiologie mais au point de vue de la chirurgie, je trouve que vos

observations sont encore moins probantes. Oui, même dans le cas de M. Tillaux, si on avait fait immédiatement dans la région indiquée une trépanation suffisamment large, on aurait fait œuvre utile. Vous pouvez dans une région où un centre de un centimètre de diamètre est irrité ou comprimé, faire une ouverture de 6 ou 7 centimètres ; vous êtes sûr d'un résultat même avec un indice très approximatif.

M. TILLAUX. Je partage l'opinion émise par nos collègues Berger et Kirrison et n'ai rien à opposer à ce qu'a dit M. Pozzi. Je répondrai à M. Lucas-Championnière : ne me considérez pas comme un opposant à la théorie des centres moteurs du cerveau, je les défends, au contraire, dans mes traités d'anatomie topographique et de chirurgie clinique. La vérité est que je ne considère pas cette question comme complètement résolue et que nous devons recueillir soigneusement tous les faits qui peuvent contribuer à l'éclairer. Je suis si peu opposé à cette théorie, que je n'hésiterai pas encore aujourd'hui à baser sur elle une intervention thérapeutique. Qu'il existe au niveau de la zone motrice les irradiations profondes partant du foyer principal, je ne conteste pas que cela puisse avoir lieu dans quelques circonstances, ce qui intéresse évidemment au plus haut point le physiologiste, mais le chirurgien doit être prévenu que, dans certains cas, les mieux déterminés en apparence, il est exposé à ne rencontrer aucune lésion appréciable de l'écorce cérébrale au niveau de la zone motrice : voilà la seule conclusion logique que je crois pouvoir tirer de cette communication.

Rapport.

Sur deux observations de gastro-entérostomie, par M. le Dr Roux (de Lausanne).

Rapport par M. Ch. Monod.

I. — Deux observations qui vous ont été adressées par M. le Dr Roux, chirurgien à l'hospice cantonal de Lausanne, me fournissent l'occasion d'examiner devant vous, parmi les diverses tentatives faites pour le traitement chirurgical du cancer de l'estomac, l'une de celles qui, dans certaines circonstances que nous aurons à déterminer, paraît le mieux en état de donner, au moins à titre de moyen palliatif, un résultat satisfaisant.

Je veux parler de la *gastro-entérostomie*, ou de la création d'une fistule stomacale, s'ouvrant directement dans l'intestin grêle,

permettant, par conséquent, aux aliments introduits dans l'estomac et qui ne peuvent franchir un pylore rétréci, de pénétrer cependant dans l'intestin pour y achever l'élaboration nécessaire à la nutrition du malade.

La première idée de ce procédé opératoire, assurément original, appartient à Wölfler (de Vienne) ¹. Elle lui est venue dans les circonstances suivantes : ayant ouvert le ventre d'une femme atteinte de cancer de l'estomac, avec l'intention de pratiquer la résection du pylore et reconnaissant que l'ablation de la partie dégénérée était matériellement impossible, il essaya de soulager du moins sa malade à l'aide de l'opération que je définissais, il y a un instant. Il mit en communication directe l'intestin grêle et l'estomac, après les avoir solidement suturés l'un à l'autre. Non seulement la malade guérit, mais elle retira de l'opération pratiquée un notable soulagement.

Wölfler eut bientôt des imitateurs. Le premier fut son maître Billroth ², à la clinique duquel l'opération avait été pratiquée. Ce fut un insuccès, le malade de Billroth mourut au bout de dix jours. Il en fut de même, avec des incidents, divers de ceux de Lauenstein ³, de Kocher ⁴, de Courvoisier ⁵, de Ransohoff ⁶. Plusieurs même succombent le jour même ou le lendemain de l'opération. Rydigier est plus heureux ; il perd son premier opéré ⁷, mais il a ensuite une série de trois guérisons ⁸, les premières obtenues depuis le cas de Wölfler.

Socin ⁹ publie, vers la même époque, une remarquable observation dans laquelle, après résection du pylore, il pratique un an après, chez le même malade, le mal ayant récidivé, l'opération de Wölfler ; guérison.

Billroth ¹⁰, de son côté, n'avait pas voulu rester sur son premier

¹ WÖFLER, *Centralbl. f. Chirurgie*, 1881, n° 45.

² Observation rapportée par Wölfler, *loc. cit.*

³ LAUENSTEIN, *Arch. f. klin. Chirurg.*, 1882, t. XXVIII, p. 420 (mort au bout de trois jours, inanition) et *Deutsch. Gesellschaft f. Chir.*, 1883, p. 24 (mort au bout de quatre semaines, marasme).

⁴ KOCHER, *Correspond. Blatt f. schw. Aertz.*, 1883, n° 23 (mort au bout de deux jours).

⁵ COURVOISIER, *Centralbl. f. Chirurgie*, 1883, n° 16 (mort au bout de douze jours).

⁶ RANSOHOFF, *Medic. News*, 1884, p. 578 (mort au bout de huit heures).

⁷ RYDIGIER, *Centralbl. f. Chirurg.*, 1883, n° 16 (mort au bout de quatre jours).

⁸ Je mentionne ces trois faits, bien que l'opération ait été pratiquée chez des sujets atteints de rétrécissements non cancéreux du pylore (*Deutsche Zeitsch. f. Chirurg.*, 1885, p. 575 et *Centralbl. f. Chir.*, 1885, n° 27).

⁹ *Correspond. Blatt f. schweiz. Aertzte*, 1884, n° 21.

¹⁰ *Die Magenoperationen an Prof. Billroth's Klinik*. Wien, 1886.

échec. Cinq fois, il renouvelle la tentative, mais n'obtient que deux succès ; ses trois autres malades meurent rapidement.

Von Hacker ¹, son élève, perd aussi, dans les trente-six heures, le seul malade qu'il ait opéré.

Hahn (de Berlin) ², tente deux fois l'aventure ; une guérison, une mort.

Bref, si nous n'avions à notre disposition pour juger de la valeur de la gastro-entérostomie que les faits qui précèdent, la cause serait entendue. Il n'y aurait pas lieu de s'arrêter à discuter une opération, purement palliative qui, si l'on ne tient compte que des gastro-entérostomies pratiquées pour cancer donne, pour 17 cas, 11 morts soit une mortalité de 64 0/0 (Rockwitz) ³.

Mais voici qui change singulièrement la situation. Un assistant du professeur Lücke, Rockwitz, dans un mémoire étendu, paru en 1887 ⁴, où il prend en main la défense de la gastro-entérostomie, rend compte des faits observés à la clinique de Strasbourg. Ils sont singulièrement remarquables : huit opérations, pas une seule mort immédiate par choc ou par péritonite ; un des opérés succombe au bout de 14 jours par inanition et pneumonie finale ; tous les autres survivent pendant un espace de temps qui varie de trois à quatorze mois. Et encore je ne tiens compte ici que des cas où la fistule gastro-intestinale a été établie chez des cancéreux ; deux fois, elle le fut pour rétrécissement cicatriciel ; la guérison put alors être considérée comme définitive.

Rockwitz attribue ces heureux résultats aux perfectionnements apportés par Lücke à la technique de l'opération. Je reviendrai sur ce point dans un instant.

J'achève tout d'abord l'énumération des faits. Depuis le mémoire de Rockwitz, les observations publiées de gastro-entérostomie ne sont pas nombreuses. J'en relève une pratiquée en Angleterre par Jessett ⁵ ; mort le dixième jour par suite du mauvais fonctionnement de la fistule. En France, l'opération ne paraît avoir été pratiquée qu'une seule fois ; c'est le cas de notre collègue M. Pozzi ; le malade mourut au bout de quelques heures.

Viennent enfin les deux observations que nous a communiquées

¹ *Die Magenoperationen an Prof. Billroth's Klinik*. Wien, 1886.

² HAHN, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1885, n° 51.

³ Ce chiffre est celui donné par Rockwitz, *loc. cit.* Ceux de Saltzmann (*Centr. f. Chirurg.*, 1886, n° 33), sont un peu différents, 18 cas, dont 12 morts ; soit une mortalité de 66,5 0/0.

⁴ ROCKWITZ (C.), *Die Gastroenterostomie an der Strassburger chirurgischen Klinik (Deutsch. Zeitschr. f. Chirurg.*, 1887, t. XXV, p. 501-564).

⁵ JESSETT, *The Lancet*, 1883, t. 1, p. 603.

M. Roux. Je vous dois l'analyse rapide de ces deux faits qui sont inédits.

Le premier est un insuccès.

Il s'agit d'une femme de cinquante-huit ans, atteinte d'accidents dyspeptiques depuis six mois environ. A son entrée à l'hôpital, elle présente tous les signes d'une sténose pylorique poussée à l'extrême. Aucun aliment ne passe; les liquides eux-mêmes sont le plus souvent rejetés, la maigreur est extrême, sans teinte cachectique; tumeur pylorique évidente, peu mobile. Malgré l'état général lamentable, M. Roux se décide à une intervention, demandée d'ailleurs par la malade; c'est à la gastro-entérostomie que l'on aura recours, si la résection du pylore est reconnue impossible ou trop laborieuse. La malade reçoit auparavant des lavements nutritifs; l'estomac est lavé, et l'on y introduit un peu de bouillon additionné de peptone.

Opération le 21 juin 1888. — Nouveau lavage de l'estomac à l'eau boriquée tiède. Incision sur la ligne blanche longue de douze centimètres, descendant à quatre centimètres au-dessous de l'ombilic. La tumeur apparaît; elle occupe le pylore et infiltre largement la portion pylorique de l'estomac; elle a des adhérences en arrière. Le mal est trop étendu pour que l'on puisse songer à l'excision; on se décide à faire la gastro-entérostomie, après avoir un peu prolongé l'incision par en bas. La communication entre l'estomac et l'intestin est rapidement établie, suivant le procédé de l'auteur, dont il sera question plus loin, et les parois abdominales suturées. Le choc traumatique est considérable, le pouls très faible. Lavements nutritifs; champagne. Le lendemain matin, la faiblesse est toujours grande; légère cyanose. L'état va rapidement s'aggravant et la malade s'éteint vers midi. L'autopsie montre qu'il n'y a aucune trace de réaction du péritoine; la suture est en parfait état; le pylore est rétréci au point de laisser à peine passer une pince à disséquer. Pour M. Roux, la malade a été opérée trop tard; la mort est surtout due à l'état d'inanition où elle était parvenue.

Le second cas du D^r Roux est un succès.

Femme de cinquante-trois ans; troubles digestifs depuis plusieurs années; mais surtout depuis le printemps de 1887. Elle présente à son entrée tous les signes d'un cancer du pylore avec sténose. Amaigrissement, pas de cachexie. L'opération est proposée et acceptée. Même préparation de la malade.

Opération le 1^{er} septembre 1888. — Incision de douze centimètres. On découvre un carcinome volumineux du pylore, adhérent au colon, dont l'excision n'est pas possible. Gastro-entérostomie. — Choc opératoire peu considérable; une cuillerée à café de champagne toutes les deux heures. Dans l'après-midi, deux selles liquides; deux lavements nutritifs additionnés de 25 gouttes de laudanum. Pouls 80. La malade ne se plaint que d'une légère douleur à l'ombilic quand elle a avalé. — Le

lendemain et le surlendemain, bon état, température normale; lavements nutritifs et champagne. Le troisième jour, un peu de bouillon et de lait. Le sixième jour, premier pansement; réunion par première intention, on ôte les fils. Demi-verre de bouillon toutes les deux heures, champagne entre deux; à midi et le soir, le bouillon contient un jaune d'œuf. Le huitième jour, on remplace le champagne par du bordeaux; à midi et le soir, un peu de cervelle fort bien supportée; toujours quatre lavements nutritifs. Le neuvième jour, la malade s'assied sur son lit. Le onzième jour, elle se lève sur un fauteuil et supporte fort bien un beefsteak. Depuis lors, l'état général a été s'améliorant de jour en jour; les forces reviennent peu à peu; l'estomac supporte tout ce qu'on lui donne; la malade sent que tout passe facilement.

J'ai écrit à M. Roux pour savoir ce qu'était devenue sa malade. Il vient de me répondre qu'après quelques semaines de mieux et de digestion en apparence normale, avec augmentation de poids et meilleure apparence, elle a rapidement décliné et s'est littéralement éteinte les derniers jours de novembre ou les premiers de décembre de la même année, soit trois mois après l'opération.

Depuis lors et tout récemment, la question de la gastro-entérostomie a été portée, en Allemagne, par Angerer¹ au dix-huitième Congrès de la Société allemande de Chirurgie tenu au mois d'avril de cette année; en Angleterre, au mois de mai, par Herbert W. Page² devant la *Royal medical and surgical Society*. Angerer rapporte avoir fait six fois la gastro-entérotomie pour rétrécissement du pylore et avoir perdu cinq malades; un seul survivait dix-huit mois après l'intervention. Lauenstein, au cours de la discussion qui s'ouvrit à ce sujet, dit que les résultats qu'il a obtenus sont aussi peu satisfaisants.

Le cas de Herbert W. Page est celui d'un homme de quarante-ans atteint de cancer du pylore. La gastro-entérostomie amena tout d'abord d'assez bons résultats, l'appétit revint et les vomissements qui étaient incessants disparurent. Mais au bout de soixante-douze jours, le malade succombait. A l'autopsie, on trouva que l'estomac avait été suturé avec l'extrémité inférieure de l'iléon et non avec le jejunum.

M. Lees, à ce propos, rapporte avoir, lui aussi, pratiqué la même opération chez un cancéreux très affaibli, qui a survécu deux mois et demi.

II. — Cette rapide revue des faits donne évidemment l'impression que la gastro-entérostomie est une opération grave. Et comment

¹ ANGERER (de Munich), Analyse dans le *Bulletin médical*, 1889, n° 35, p. 553.

² HERBERT W. PAGE, *ibid.*, n° 42, p. 667.

en serait-il autrement, puisqu'elle comporte l'ouverture du ventre, la recherche et le choix d'une anse intestinale pouvant être utilement et facilement mise en communication avec l'estomac, la fixation de cette anse par des sutures multipliées et soigneusement placées, — et cela, chez un sujet, sinon déjà cachectique, du moins épuisé par suite d'une alimentation difficile et insuffisante, par des douleurs souvent intolérables et surtout par des vomissements presque incessants ? Même entre des mains expertes l'opération ne dure guère moins de deux heures. Quoi d'étonnant si, en de telles conditions, beaucoup de malades succombent le jour même ou le lendemain de l'opération, par choc traumatique, sans péritonite, et sans infection ?

Tous ne meurent pas cependant. Les faits de Wödlér, de Rydigier de Socin, de Halin, de Roux, de Herbert, de Lees et surtout ceux de Lücke montrent suffisamment que l'opération peut être menée à bien et avoir un effet réellement utile.

Je voudrais, en prenant pour guide le travail de Rockwitz et les observations de Roux, montrer par quels moyens on peut espérer augmenter, dans une notable proportion, les chances de réussite.

Je suppose tout d'abord que l'opération ne sera entreprise que chez un sujet encore dans la force de l'âge, dont le mal est de date relativement récente, qui présente par conséquent encore un certain degré de résistance vitale. La plupart des opérés qui ont guéri étaient gens n'ayant guère dépassé la quarantaine, et faisant remonter le début de leurs troubles digestifs à douze ou dix-huit mois.

Leur état n'en est pas moins grave. Presque toujours la sténose pylorique est telle qu'aucun aliment ne peut être conservé. De là résultent et des vomissements survenant après chaque tentative d'alimentation, et la menace d'une mort prochaine par inanition. L'intervention, en pareil cas, alors même qu'elle ne peut pas être le salut, mais seulement la source de quelque soulagement, est en général immédiatement acceptée.

Avant d'y procéder cependant une certaine préparation du malade est nécessaire. L'estomac, grâce à des lavages répétés, est non-seulement débarrassé des produits accumulés dans des organes dilatés, mais encore mis parfois en état, par ce moyen, de supporter une nourriture appropriée ; des lavements alimentaires suppléeraient au besoin à ce que celle-ci a de nécessairement insuffisant.

Pour ce qui est de l'opération elle-même, l'impression générale qui ressort de la lecture du mémoire de Rockwitz est que le chirurgien devra s'attacher surtout à la simplifier, à supprimer toute

recherche ou toute manœuvre inutile, à raccourcir par conséquent autant qu'il le pourra un acte opératoire toujours long et minutieux.

Il se gardera, en particulier, de toute tentative ayant pour but de dégager une tumeur pylorique reconnue adhérente. Le plus souvent, le diagnostic n'est pas posé avec une précision telle que l'on sache exactement, au moment de l'opération, si la résection du pylore, préférable à certains égards, sera possible, ou s'il y aura lieu de se contenter d'établir une fistule gastro-intestinale. Ce n'est qu'après ouverture du ventre et examen des parties que décision est prise à cet égard. Certains ont cru pouvoir tenter tout d'abord de libérer la tumeur, et n'ont renoncé à cette entreprise que devant l'impossibilité de la mener à bien. Cette pratique, le plus souvent inutile et toujours dangereuse, doit absolument être abandonnée. Le chirurgien doit savoir prendre son parti promptement et en ne s'aidant, pour ainsi dire, que de la vue. Pour peu que la tumeur soit volumineuse et paraisse adhérente, il faudra, suivant Rochwitz, renoncer d'emblée à la résection, et recourir à la gastro-entérostomie.

Cette résolution prise, il faudra promptement aussi, selon le même auteur, et sans longues recherches, faire choix de l'anse à mettre en communication avec l'estomac.

Il va de soi, cependant, que ce choix ne saurait être indifférent. Il importe, en effet, que l'intestin soit ouvert en un point rapproché de son origine, afin que le parcours des aliments dans sa cavité ne soit pas trop abrégé, ce qui équivaldrait à la suppression de la digestion et de l'absorption intestinales. Or, il est à peu près impossible de reconnaître, à travers une simple incision de la paroi abdominale, dont la longueur ne dépasse pas 10 à 12 centimètres, à quelle région de l'intestin grêle appartient l'anse qui se présente dans la plaie. On peut avoir, à cet égard, les plus désagréables surprises. Roux rapporte qu'à l'autopsie de sa première opérée ce fut avec une véritable stupeur qu'il dut constater qu'il avait ouvert l'intestin en un point situé à 40 centimètres seulement de la valvule de Bauhin. La malade, si elle n'avait pas succombé aux suites immédiates de l'opération, eût certainement été tôt ou tard emportée par défaut grave de l'alimentation. Le même accident est arrivé à Lauenstein et à Anger.

Pour y parer, Wölfler conseille de chercher, avec la main introduite dans le ventre, à reconnaître l'angle formé par le duodénum; à partir de là, on suit l'intestin grêle et on l'ouvre en un point situé à environ 50 centimètres de son origine. Rockwitz s'élève contre cette manière de faire. Il croit que cette recherche de l'angle duodénal est difficile, qu'elle prolonge notablement l'opération,

qu'elle est par conséquent dangereuse; qu'il suffit, dans la pratique, de prendre la première anse venue, celle qui se mettra le plus aisément en rapport avec l'estomac; qu'il importe peu qu'une certaine longueur de l'intestin soit soustraite à l'acte digestif; qu'au surplus, l'événement a montré qu'en agissant ainsi on ne s'éloigne guère du duodénum. Cette dernière affirmation est contredite par les faits que nous venons de citer.

Rockwitz se préoccupe, au reste, lui-même de trouver un moyen simple qui permette de reconnaître à quelle hauteur l'intestin sera ouvert. Il recommande, à cet effet, d'avoir recours à l'expérience de Nothnagel : un fragment de sel de cuisine déposé sur une anse intestinale y déterminerait un mouvement péristaltique se dirigeant vers le duodénum; il suffirait alors de suivre l'anse dans le sens indiqué pour remonter vers l'origine de l'intestin et être assuré qu'on s'éloigne de la valvule de Bauhin. Malheureusement, cette expérience échoue presque toujours chez l'homme, ou ne donne que des renseignements insuffisants. Roux s'est servi de ce moyen chez une de ses opérées, mais sans succès.

Il semble donc bien, quelles que soient les complications opératoires qui en résultent, qu'il soit plus prudent de se conformer au précepte de Wölfler.

L'anse choisie, reste à la mettre en communication avec l'estomac et à fixer solidement les deux viscères l'un à l'autre. Pour éviter, au cours de cette manœuvre, toute effusion, dans le ventre, des matières contenues, on se contente ordinairement de circonscrire le champ opératoire à l'aide de pinces à pression garnies de caoutchouc, que l'on enlève lorsque les sutures sont placées.

Roux a proposé et exécuté avec succès un procédé sur lequel il tient à attirer votre attention. Le but qu'il poursuit est double : retarder le plus qu'il sera possible l'ouverture des deux cavités intestinale et stomacale; assujettir, par plusieurs rangs de sutures méthodiquement placées, le contact intime des bords de la fistule gastro-intestinale.

Il conseille, à cet effet, lors de l'incision faite à l'estomac et à l'intestin, de ne diviser tout d'abord que les tuniques séreuse et musculaire, en respectant la muqueuse. Deux rangées de fils sont ensuite placées : les uns, superficiels, n'intéressent que la séreuse; les autres, plus profonds, embrassent la tunique musculaire et la séreuse. Alors seulement les deux muqueuses sont ouvertes et rapidement réunies l'une à l'autre sur tout le pourtour de l'orifice par un dernier plan de sutures. On a ainsi, tout autour de la fistule, trois étages de sutures qui assurent un contact parfait des deux viscères. Des figures, jointes au mémoire de M. Roux, permettent de bien suivre les divers temps de la manœuvre.

Notre confrère affirme que son procédé est d'une exécution très facile; que « l'incision jusqu'à la muqueuse », en particulier, « réussit fort bien. » Mon impression, au moins en ce qui concerne l'opération faite sur le cadavre, est toute différente. J'ai voulu répéter le procédé de Roux à l'amphithéâtre, et je dois dire que si sur l'estomac, peu épais, il m'a été possible, avec quelque précaution, de limiter mon incision à la séreuse et à la musculaire sans intéresser la muqueuse, sur l'intestin, plus mince, je n'ai pu y parvenir. Il est possible que, sur le vivant, l'écartement des fibres musculaires coupées permettant de mieux se rendre compte du trajet parcouru par le bistouri, il soit plus facile de s'arrêter à temps. Il y a tout avantage, du moins, à essayer de ce moyen, qui, lorsqu'il réussit, permet de faire une bonne moitié de l'opération sans ouvrir l'intestin et l'estomac.

Quoi qu'il en soit de ce point, on s'attachera, par-dessus tout, à obtenir une oblitération complète de la fistule sur tout son pourtour; on s'assurera, avec un stylet fin, qu'il n'existe aucune lésion, aucun oubli. Les points de suture seront nombreux; je relève, dans deux observations de Lücke, qu'il n'en a pas fait moins de 70 dans l'une et de 80 dans l'autre.

Toute cette partie de l'opération se fait en dehors du ventre, l'estomac et l'intestin étant attirés et maintenus dans la plaie abdominale.

J'ai à peine besoin d'insister sur les précautions antiseptiques, qui sont ici, plus que jamais, de rigueur. Je rappelle seulement, pour mémoire, la désinfection de la peau du ventre, celle des instruments, des mains du chirurgien. De plus, le champ opératoire sera garni de gaze iodoformée, formant un lit sur lequel reposent les parties extraites de l'abdomen. Roux recouvre tout son malade d'un drap trempé dans une solution de sublimé et muni d'une ouverture correspondant à la plaie abdominale.

Les sutures placées, toutes les parties accessibles de l'estomac et de l'intestin seront touchées avec une solution antiseptique; puis le tout est rentré dans le ventre, et les plaies fermées à l'ordinaire.

III. — L'opération est achevée. Quelles en seront les suites immédiates? Quels, les résultats définitifs? C'est le dernier point à envisager, et non le moins important.

J'admets tout d'abord que l'issue est favorable et que tout marche à souhait. Les premières heures n'en sont pas moins ordinairement pénibles à traverser. La plupart des opérés semblent violemment éprouvés: collapsus profond, pouls petit, sueurs, refroidissement. Ce n'est pas trop de toutes les ressources usitées en pareil cas pour

les ramener à la vie : injections sous-cutanées d'éther, lavements de champagne, de vin, etc. Mais, dès le lendemain, la situation devient moins inquiétante. Aucune nourriture n'est donnée par la bouche pendant les deux ou trois premiers jours; on se contente d'administrer des lavements alimentaires répétés toutes les sept ou huit heures.

Dès le quatrième jour, un peu de bouillon ou de lait sera permis; bientôt quelques aliments plus solides, ris de veau, cervelle; puis de la viande.

Les premières selles se produisent d'ordinaire vers les septième ou huitième jours; au douzième, le malade se lève. La plaie s'est réunie par première intention. L'alimentation se fait librement; les selles sont devenues régulières. Il n'y a plus ni vomissements ni douleurs. Le malade, qui, avant l'opération, semblait à la veille de mourir d'inanition, renaît; son poids augmente rapidement; il sort de l'hôpital en apparence complètement guéri. Combien de temps va durer ce bien-être? Il est ordinairement d'assez courte durée; au bout de deux ou trois mois déjà, tous les signes de la cachexie reparaissent, et la mort survient, sans souffrances, il est vrai, et sans les tortures de l'inanition. Les plus heureux ne dépassent guère une année.

Il s'en faut au reste que cette marche relativement favorable soit habituelle.

Sans même revenir sur les cas fréquents et déjà mentionnés de mort immédiate ou rapide, il peut encore arriver que le nouvel orifice stomacal ne fonctionne pas à souhait, et que l'acte digestif demeure profondément troublé. Tout peut se borner à des vomissements répétés, survenant parfois au bout de quelques jours de calme et alors que la partie semblait gagnée. Deux fois Lücke est parvenu à triompher de cette complication grâce à des lavages abondants de l'estomac. Il n'en est pas toujours ainsi, les vomissements persistent, et le malade meurt d'inanition.

Dans un cas observé par Kocher, ce rejet de matières se produisit presque immédiatement après l'opération; leur aspect et leur odeur, qui étaient ceux des matières fécales, établissaient suffisamment que le contenu de l'intestin était déversé dans l'estomac. La fistule fonctionnait à rebours. Force fut à l'opérateur de rouvrir le ventre, de détruire la communication gastro-intestinale et de refermer par une suture les orifices péniblement créés. La mort survint promptement. Il en fut à peu près de même chez l'opéré de Jesset. Tout alla bien pendant les premiers jours; mais le quatrième, apparurent des vomissements de matières brunes, très odorantes, évidemment colorées par la bile, qui durèrent jusqu'à la mort, survenue dix jours après. L'autopsie montra que

l'anse fixée à l'estomac avait subi une inflexion telle que la bile ne pouvait poursuivre son chemin dans l'intestin et pénétrait dans l'estomac à travers la fistule.

D'autres fois des troubles digestifs aboutissant à un état d'inanition complète parurent devoir être rattachés à la compression exercée sur le côlon transverse par l'anse intestinale conduite au contact de l'estomac.

Diverses modifications de technique opératoire, sur lesquelles je ne puis insister, ont été conseillées pour éviter d'aussi fâcheux incidents. Elles n'ont pas toutes égale valeur et ont, pour la plupart, l'inconvénient de prolonger une opération déjà longue.

Heureusement, d'ailleurs, de pareilles complications sont exceptionnelles. La règle est que les malades opérés qui ne succombent pas immédiatement ont une survie plus ou moins longue, et sont, pour un temps du moins, dans un état de bien-être relatif. Rien n'égale, au dire de M. Rockwitz, la reconnaissance de ces malheureux, en proie avant l'opération aux tortures que l'on sait, et qui, par suite d'une intervention heureuse, sont mis en situation de reprendre des aliments et de les garder.

Ce résultat, de quelque courte durée qu'il soit, est-il à dédaigner? Songe-t-on à blamer le chirurgien qui pratique une trachéotomie dans le cas de cancer du larynx, ou établit un anus contre nature dans le cas d'obstruction intestinale par néoplasme, ou une fistule stomacale dans celui de rétrécissement de l'œsophage. Il sait qu'en intervenant de la sorte il ne fait que retarder l'époque de la mort et rendre celle-ci plus douce. Le bénéfice ainsi obtenu est minime, il est réel cependant et vaut qu'on le procure.

Un raisonnement analogue ne peut-il conduire, le cas échéant, à la gastro-entérostomie chez un malade atteint de rétrécissement de l'orifice pylorique de l'estomac, et voué, si l'on n'intervient pas, à une mort certaine.

Pour ma part, je crois la tentative rationnelle et pense, avec notre confrère M. Roux, qu'elle ne saurait être *à priori* repoussée.

Je rappelle cependant que, pour qu'elle soit justifiée, il faut :

1° Que le malade soit encore relativement jeune, pas trop affaibli, en état par conséquent de supporter le choc opératoire ;

2° Que la maladie soit de date relativement récente, ou du moins que l'obstacle absolu du passage des aliments ne soit pas trop ancien ;

3° Que cet obstacle absolu existe, que la sténose pylorique soit telle que l'alimentation soit devenue impossible ;

4° Il faut enfin, dirai-je, le consentement exprès du malade, qui doit, dans une certaine mesure, prendre sa part de responsabilité

dans la décision à prendre à son égard. On se trouve du reste en général en présence de gens disposés à tout tenter pour mettre fin à une situation devenue intolérable.

Toutes ces conditions sont bien rarement réunies. Bien rare aussi seront, à mon avis, les cas où la gastro-entérostomie pourra et devra être entreprise.

J'ai dit qu'une des indications de la gastro-entérostomie sera tirée de la sténose complète du pylore. Pour apprécier le degré d'étranglement de l'ouverture stomacale, on a conseillé de recourir à la distension artificielle de l'estomac par le gaz acide carbonique ou l'air atmosphérique. Ce moyen peut renseigner non seulement sur l'état du pylore, mais aussi sur le siège exact de la lésion, sur l'existence d'adhérences concomitantes, qui peuvent être une contre-indication à l'intervention.

M. Roux a insisté sur ces divers points. Il a annexé à son travail une série de figures que je mets sous vos yeux, et qui montrent bien les résultats que peut donner la distension forcée de l'estomac. M. Roux pratique cette distension par insufflation directe.

Je vous rappelle que M. Roux nous a adressé nombre de communications intéressantes, et vous propose, Messieurs, en lui adressant nos remerciements, de l'inscrire dans un bon rang sur la liste des candidats au titre de membre correspondant étranger de notre société.

Lecture.

M. MARTIN (de Genève) lit une observation de *hernie inguinale étranglée chez un enfant de 7 mois; kélotomie; guérison*. (M. Brun, rapporteur.)

Présentations de malades.

1^o *Ostéite du frontal et fongosités tuberculeuses de la dure-mère; ablation de l'os et de la dure-mère malades; guérison* (M. Schwartz, rapporteur),

Par M. DELORME.

2^o *Hydrocèle congénitale avec ectopie testiculaire inguinale du côté droit,*

Par M. E. KIRMISSON.

Le nommé X..., âgé de 17 ans, a constaté il y a deux ans, à la suite

d'un effort, l'apparition d'une tuméfaction douloureuse dans le canal inguinal droit; huit mois après, la tuméfaction était descendue dans la moitié droite du scrotum. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 26 avril 1889, il est facile de constater que cette tuméfaction tient à une hydrocèle du conduit vagino-péritonéal, dont la réduction s'obtient avec la plus grande facilité. Le testicule droit n'est point descendu dans le scrotum, il fait saillie dans la région inguinale. On essaya d'abord, par des massages exercés sur le cordon, à attirer le testicule au fond du scrotum; on n'arriva pas à grand résultat. Le 13 juin dernier, j'entrepris la cure de l'hydrocèle congénitale; en même temps, je me proposai de profiter de l'occasion pour fixer, par un point de suture, le testicule au fond du scrotum. La cure de l'hydrocèle consista dans l'incision de la poche et l'évacuation de son contenu; après excision de la portion excédante de la vaginale, le capitonnage de sa face interne fut pratiqué à l'aide de neuf points de suture au catgut fin. Quant à la fixation du testicule au fond du scrotum, elle fut réalisée au moyen d'un point de suture à la soie phéniquée traversant la partie la plus superficielle de la glande. Les suites opératoires furent des plus simples; la guérison de la plaie opératoire eut lieu par première intention. Le résultat, en ce qui concerne l'hydrocèle congénitale, est très satisfaisant. La cicatrice est solide; on ne sent pas d'impulsion au niveau du canal inguinal pendant la toux. Quant à l'ectopie testiculaire, le résultat est beaucoup plus médiocre; sans doute, le testicule ne remonte plus jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal; mais il n'est pas non plus fixé au fond du scrotum; il a contracté des adhérences au niveau de la racine de la verge.

Je désire profiter de l'occasion pour protester contre l'expression dont on s'est servi, au cours de la récente discussion de la Société de chirurgie, pour désigner cette fixation du testicule au fond des bourses. On l'a appelée *célorraphie*; or, ce nom ne me paraît pas désigner l'opération à laquelle on l'a appliqué; *célorraphie* vient en effet de $\kappa\lambda\lambda\eta$, hernie, tumeur; rien, dans ce mot, ne rappelle le testicule dont on veut indiquer la fixation. Il faudrait donc, si l'on veut employer une expression qui désigne nettement le but à atteindre, dire *orchirraphie* (de $\sigma\sigma\chi\iota\varsigma$, testicule), ou bien encore testi-fixation.

Discussion.

M. CHAMPIONNIÈRE. Le mot de *célorraphie* appartient à M. Tuffier; je n'ai pas recherché s'il était légitime au point de vue étymologique, et quand j'ai eu à faire un rapport sur les observations de M. Tuffier, je l'ai employé tel quel.

M. POZZI. Ce n'est pas *orchirraphie*, mais *orchidorrhaphie*, qu'il faudrait dire. Le mot le plus correct serait celui d'*orchidopexie*.

M. RICHELOT. J'ai fait la cure radicale pour un testicule en ec-

topie mobile avec phénomènes intermittents de pseudo-étrangement. J'ai remarqué que le testicule était difficile à attirer. Alors je me suis borné à la cure radicale, en fixant le testicule au fond du scrotum. Mais il est remonté, entraînant le scrotum. Je crois donc que la véritable fixation du testicule en pareil cas consiste en la destruction du canal vagino-péritonéal dans la cure radicale seule. Ce traitement est l'agent de la vraie fixation.

M. CHAMPIONNIÈRE. Je ne partage pas l'opinion de M. Richelot. Il faut fixer le testicule en détachant l'organe et le déplaçant.

3^e Malade atteinte d'exophtalmie,

Par M. MONOD.

Cette femme dont M. Berger a déjà, l'an dernier, entretenu la Société offre un goitre unilatéral assez développé avec un exorbitis considérable de l'œil du même côté, qui est atteint de cécité. S'agit-il d'un goitre exophtalmique, ou, comme incline à le croire M. Monod, l'exorbitis est-il dû à une tumeur, le goitre n'étant qu'une coïncidence ?

Discussion.

M. SÉE. Je crois qu'il s'agit d'une tumeur de l'orbite qu'on sent même au-dessous du rebord orbitaire. Je préconiserais une intervention directe.

M. LE DENTU. Je me range à cet avis.

La Société se forme en comité secret à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

S. Pozzi.

Séance du 17 juillet 1889.

Présidence de M. LE DENTU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1^o Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Kyste du tibia droit, — polype naso-pharyngien à prolongements multiples; opération; mort*, par le D^r Bousquet (de Clermont-Ferrand), membre correspondant;

3° *Le doigt à ressort*, thèse de doctorat du D^r V. CARLIER (concours du prix Duval);

4° *Histoire chirurgicale de la guerre au Tonkin et de Formose*, par le D^r H. NIMIER;

5° *Blessure du lobe frontal gauche par un éclat de cañon de fusil; corps étranger*, par le D^r CHÉNIEUX (de Limoges) (commis-saire, M. Chauvel).

A propos du procès-verbal.

Gastro-entérostomie pour un cancer de l'estomac

(Observation recueillie par M. NICOLLE, interne des hôpitaux),

Par M. Pozzi.

A propos de l'important rapport de M. Monod, je crois devoir publier l'observation suivante, relative à la première opération de ce genre qui ait été faite en France. Elle n'a pas, il est vrai, été suivie de succès; mais elle n'avait été entreprise qu'*in extremis* et pour céder aux instances désespérées du malade.

OBSERVATION. — Dr..., âgé de soixante ans, entré le 25 octobre 1887 à la maison municipale de santé, service du D^r Lecorché, lit 48.

Antécédents. — Mère morte d'un cancer utérin. Cousin atteint en ce moment d'un cancer du pylore. A dix-sept ou dix-huit ans, fièvre typhoïde, puis accidents intermittents. Hémorroïdes en 1859, opérées un an après.

En 1866 (en Égypte). Phénomènes *gastro-hépatiques*. Début par crampes d'estomac violentes pendant un à deux jours. Puis vomissements de bile pendant huit jours. Hypertrophie du foie. Pas de jaunisse. Ces phénomènes cessent après l'application de cinquante sangsues.

Trois mois après, rechute; douleurs violentes à l'épigastre, pas de vomissements; nouvelle application de sangsues à l'hypochondre droit et cessation en quelques jours des accidents.

Pendant ces deux attaques, il n'a été fait aucun examen des selles et des urines.

En 1867 (en France). Une seule atteinte du genre des précédentes, courte, mais bien caractérisée. Crampes d'estomac et vomissements bilieux sans jaunisse. Durée, deux à trois heures.

Par la suite, de temps en temps, douleur à l'épigastre (et jamais à l'hypochondre droit).

Jusqu'en 1874. Rien de spécial. Habite les pays chauds. Existence très dure, mais bien supportée, grâce au tempérament robuste du malade.

En 1874. Arthrite du coude gauche, débutant brusquement un soir après dîner avec une violence extraordinaire. Gonflement énorme, mais pas de douleur vive. Cède peu à peu au traitement par l'appareil silicaté, mais ne permet point à l'article de recouvrer sa mobilité complète. Il compare ce phénomène à une arthrite blennorrhagique, sans en donner la moindre cause possible.

De temps en temps depuis douleurs erratiques peu intenses.

En 1876. Retour des hémorroïdes opérées par l'injection d'alcool et guéries.

En 1884. Syncope précédée par des étourdissements, de huit à dix jours auparavant. Cette syncope s'est produite au milieu de la nuit, au moment où il se levait pour soigner une personne de sa famille malade.

On lui ordonne de l'iodure qui provoque des maux d'estomac. Ceux-ci cèdent à un régime lacté suivi pendant quinze jours.

Jusqu'en 1886. Se porte bien.

Octobre 1886. Sans raison, il se met à prendre de l'iodure. Avec ce médicament, reviennent les maux d'estomac. C'est, à proprement parler, à cette période que débutent les *commémoratifs*.

Commémoratifs. — Il suit alors un régime simple : lait en boisson, eau de Vichy ; les pesanteurs d'estomac cèdent et reviennent tour à tour. Les flatulences qui s'étaient montrées en même temps suivent la même marche. Il s'établit cependant un certain état de tolérance dû au peu d'acuité des phénomènes gastriques, et à partir de ce moment, ce qui domine la situation morbide, c'est une émaciation progressive, non en rapport avec les troubles ressentis.

Notons cependant que le malade continue à mener une existence des plus fatigantes.

En 1887. Au mois de janvier, accidents hépatiques : douleurs comme autrefois en Égypte, pas de vomissements bilieux, pas de jaunisse, urines normales, *acholie* (selles argileuses pendant deux mois).

Le malade consulte alors M. Dujardin-Beaumetz⁴, qui lui prescrit divers remèdes, entre autres de l'évonymine.

Il y a quelques jours de calme, l'acholie cesse et est même remplacée par de la polycholie pendant huit jours.

Mais bientôt reparaissent les pesanteurs et les renvois. Le malade fait alors successivement usage de pepsine, pancréatine, charbon, craie, iodoforme, acide chlorhydrique, thé ; chaque essai réussit pendant quelques jours, puis reste sans effet. L'appétit cependant n'est point altéré, mais capricieux. Les selles restent régulières. Il est à noter à ce propos qu'habituellement sujet à la diarrhée depuis son séjour

⁴ M. Dujardin-Baumetz aurait alors constaté la présence d'une tumeur qu'il n'aurait plus retrouvée ensuite.

dans les pays chauds, il l'est beaucoup moins à dater du début des accidents gastriques.

De janvier à août les troubles s'accroissent; il prend de temps en temps (en juillet) de l'éther pour hâter les digestions. Mais celles-ci deviennent de plus en plus difficiles.

En août, la dénutrition prend des proportions considérables. Pas de diminution dans le taux de l'urée.

Le poids, qui était de 89 kilogrammes en 1886, tombe à 70 kilogrammes en août 1887.

Pendant ce mois, la malade perd de 1 kilogramme et demi à 2 kilogrammes par semaine, quoique s'alimentant toujours. A la fin d'août, le poids est tombé à 62 kilogrammes. A ce moment, les aliments, qui « passaient » difficilement, occasionnent une grande gêne par cela même au malade; amélioration momentanée par l'usage de la bière.

Le Dr Leroy est alors appelé et conseillé le repos absolu avec potages au lait et phosphate de chaux. Pendant huit jours, mieux sensible, puis retour progressif de la pesanteur et des renvois. L'alimentation devient de plus en plus difficile, et au commencement d'octobre premier vomissement (humeurs et bile).

Ensuite il ne mange presque plus, s'émacie beaucoup, et la veille de l'entrée à Dubois second vomissement. Un troisième se produit au moment où il arrive dans le service.

Examen à son entrée, c'est-à-dire le 20 octobre. Emaciation très marquée, teinte jaune paille, pas de cercle sénile malgré son âge. Langue humide. Cœur normal, pointe dans le quatrième espace intercostal. Emphysème pulmonaire modéré, de temps en temps quelques râles disséminés dans les deux poumons.

Abdomen plat, non douloureux; paroi amaigrie, molle, dépressible. Rénitence très profonde et très mal limitée à l'insertion du grand droit antérieur de l'abdomen du côté droit. Rien à noter dans les autres organes. Pouls 88, régulier; artère dure. Régime: lait, bicarbonate de soude, 3 grammes; lavements de lait et de peptones, inhalations d'oxygène.

21 octobre. Vomit une fois. Prend à peine de lait.

22 octobre. Dyspnée sans cause appréciable, éphémère d'ailleurs. Sirop d'éther et ventouses.

23 octobre. Vomissements moins abondants.

25 octobre. Nouveau vomissement moins abondant encore. Il est vrai qu'il prend fort peu de chose. Ce qu'il vomit, c'est un peu de bile et de lait; il n'a jamais vomi de sang ni de matières noirâtres. Urines normales peu abondantes.

26 octobre. Hier soir, dans l'après-midi, état lipothymique passager.

27 octobre. Ce matin, estomac ballonné. Clapotement net, pas de tumeur mieux appréciable que les autres jours.

28 octobre. A vomi ce matin plein son vase de nuit, ce qui l'a beaucoup soulagé.

Les matières vomies, filtrées, n'ont donné aux divers réactifs aucun signe de la présence d'acide chlorhydrique.

29 octobre. A vomi hier soir un demi-pot. Le soir nouveau vomissement d'une égale abondance. Il n'avait rien pris depuis vingt-quatre heures.

L'émaciation fait d'énormes progrès. La voix est tout à fait éteinte. Toujours dans la journée moments de faiblesse des plus marqués.

Le malade, qui a entendu parler de la *gastro-entérostomie*, la réclame comme pouvant prolonger sa vie; il se sent littéralement mourir de faim.

On se décide, sur sa demande instante, à l'opérer, quoique l'état général du sujet ne laisse visiblement que des chances très faibles de survivre.

Opération le 30 octobre, avec l'assistance de M. le Dr Horteloup. — L'estomac a été lavé avec soin le matin, jusqu'à ce que l'eau ressortît pure. Le malade est endormi facilement : il est d'une extrême faiblesse, le poulx est parfois à peine sensible. Antisepsie soigneuse; pas de spray dirigé sur l'abdomen, mais pulvérisation phénique éloignée pour saturer l'atmosphère de la chambre, maintenue à 25°.

L'incision est d'abord exploratrice, car la tumeur, même après l'anesthésie, ne peut pas nettement être sentie. On incise franchement de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. La main étant introduite, on arrive sur l'estomac, très rétracté vers la colonne vertébrale et dont toute la petite courbure et la région pylorique sont occupées par une tumeur du volume d'une orange, pyriforme, à petite extrémité dirigée vers le duodénum. La capacité de l'estomac est considérablement réduite, tant par la présence de cette tumeur que par la rétraction des parois de l'organe dans la portion restée saine. Un aide le soulève en le saisissant d'une main, et de l'autre attire le côlon transverse pour tendre son mésocôlon. Il abaisse l'estomac sur ce repli de manière à ce que la face postérieure de la grande courbure vienne s'appliquer contre la face supérieure du mésocôlon. M. Pozzi recherche alors l'anse intestinale libre immédiatement au delà de la portion fixe du duodénum, l'attire sur une compresse-éponge et la lie inférieurement après avoir passé par transfixion, avec une pince, dans son mésentère, une lanière de gaze iodoformée. (Cette manœuvre a pour but d'éviter le reflux ascendant des matières quand on aura pratiqué une ouverture à cette anse.) Le chirurgien incise alors le milieu de l'anse à peu près suivant son axe longitudinal, quoique un peu obliquement d'avant en arrière, dans une étendue de 6 centimètres environ. Auparavant, avec une pince à disséquer à mors pointus, il a éraillé le mésocolon transverse au niveau du point où l'aide la maintient tangente à la face supérieure de l'estomac. Cette dilacération du mésocôlon s'opère très facilement et met à découvert une partie de la grande courbure stomacale à travers une fenêtre ouverte ainsi dans l'arrière-cavité des épiploons. Une incision, semblable à celle de l'intestin, est faite sur l'estomac. Un fil de soie est passé dans les extrémités voisines de ces deux boutonnières et les réunit. Il est confié à un aide et servira d'agent de fixation pendant le reste de la suture. Celle-ci est faite progressivement, à points séparés, avec de la soie très fine et des aiguilles rondes de coutu-

rière. On affronte minutieusement les bords de la plaie intestinale à ceux de la plaie stomacale, en ayant soin de ne comprendre dans les anses de fil que la séreuse et la musculuse, et rejetant la muqueuse vers l'intérieur. Dans la première partie de la suture, les nœuds sont noués du côté de la cavité, dans la dernière partie, vers l'extérieur. Une soixantaine de points sont ainsi appliqués; les chefs des fils sont conservés dans toute leur longueur et servent de moyen de traction et de tension. Quand cette première série est terminée, on applique une seconde série de douze points de suture de Lembert, à un demi-centimètre en dehors de la première rangée. Ceux-ci sont passés obliquement de manière à ne comprendre que la séreuse et une petite épaisseur de la musculuse. Ils servent de soutien à la première série, qui ne doit ainsi supporter aucun effort de traction, et dont la seule mission est l'affrontement parfait; une revision soigneuse a été faite pour cela avant de couper ras les chefs des fils de la première série. — Toute cette partie de l'opération a été accomplie sur un lit de compresses-éponges chaudes et humides qui recouvrent entièrement les viscères, sauf le voisinage immédiat du champ opératoire. Avant de terminer, on place trois points de suture, transversalement de gauche à droite, réunissant à la grande courbure de l'estomac la partie de l'anse suturée qui est immédiatement à gauche de la bouche gastro-intestinale. Ces points ont pour objet de s'opposer à la brusque plicature de l'intestin à ce niveau, et aussi de donner une direction déclive à la voie nouvelle ouverte aux aliments. Enfin, on enlève la bande de gaze qui liait l'intestin :

Toilette rapide du péritoine, où rien ne s'est épanché. Suture continue en surjet (au catgut), d'abord du péritoine, puis de la paroi musculo-aponévrotique; suture à points séparés (à la soie) de la peau. Pansement iodoformé.

L'opération a duré une heure et demie. Le malade est très affaibli. Il reprend bien connaissance, parle, avale et tolère un peu de liquide le soir; mais dans la nuit l'affaiblissement fait de grands progrès et il meurt le lendemain.

AUTOPSIE. — *Estomac.* — Au niveau du pylore, tumeur du volume d'une orange. Véritable anneau bosselé à sa surface interne non ulcérée, présentant par places une pigmentation noirâtre.

Le reste de l'estomac est déjà macéré et n'offre que des lésions cadavériques.

Il est à noter que la tumeur occupe le pylore, l'antra du pylore et toute la petite courbure. L'orifice pratiqué pendant l'opération est petit, pouvant juste donner passage à l'index; l'affrontement de ses bords est très exact.

Foie (1,200 gr.). — Petit, légèrement granuleux à la surface. Même apparence granuleuse à la coupe, qui se montre exsangue et jaunâtre.

Pas la moindre trace de noyaux cancéreux.

Vésicule biliaire distendue et contenant une bile noire très foncée.

Cœur (250 grammes). — Volume normal, mou. Surcharge graisseuse

marquée, pas de lésions valvulaires. Coronaires saines. A la coupe, myocarde pâle sans taches de sclérose.

Reins (l'un 150 grammes, l'autre 140 grammes). — Un peu atrophiés, congestionnés. Après lavage à l'eau, cortex un peu pâle et induré.

Capsule assez difficile à détacher.

Rate (210 gr.). — Volume normal. Consistance un peu augmentée.

Intestins. — Normaux, en collapsus. Matières molles et ocrées à leur intérieur.

Examen histologique de la tumeur. — Épithélioma à cellules cubo-cylindriques prenant manifestement son point de départ dans les cellules des culs-de-sac glandulaires des régions atteintes. (Examen au picrocarmin.)

On trouve, en effet, dans certains points des petits tubes ayant encore conservé leur paroi et remplis de cellules identiques à celles des parties cancéreuses, tandis qu'ailleurs se voient des tubes rompus et remplis d'une accumulation d'éléments non encore modifiés ou peu modifiés.

Une infiltration de petites cellules embryonnaires se montre dans les interstices des tubes.

Au niveau des points où la tumeur gagne les couches sous-jacentes on observe des figures de karyokinèse très nettes dans les cellules épithéliales de la région (hématoxyline safranine après fixation à l'alcool absolu).

Je m'abstiendrai d'insister sur divers points intéressants de cette observation, notamment sur l'absence des signes les plus caractéristiques du cancer de l'estomac (vomissements noirs, tumeur appréciable au creux épigastrique). Ici le phénomène capital a été l'obstruction du pylore par le néoplasme, et le malade est littéralement mort de faim. Assurément il y avait donc une indication évidente à pratiquer la gastro-entérostomie pour quiconque estime que cette opération doit prendre définitivement rang dans la science. Je regrette vivement de n'avoir été appelé à intervenir que trop tard. Quinze jours plus tôt, l'opération aurait pu, je crois, donner une notable survie, en cas de succès. Je ne ferai que quelques remarques, au point de vue opératoire, sur des particularités qui n'ont pas été signalées par M. Roux. L'abouchement de l'intestin à l'estomac, en passant *au-dessous* du côlon transverse, à *travers une boutonnière du mésocôlon*, est un notable perfectionnement dans l'opération de Wölfler; il a pour effet d'éviter le météorisme par compression du gros intestin qui est à craindre lorsqu'on passe au-devant de lui. La *fixation complémentaire de l'anse intestinale à l'estomac, au delà de la bouche*, pour donner une orientation convenable à la voie alimentaire, est aussi une précaution utile, préconisée par Billroth. Quant à la pratique, suivie par M. Roux, qui consiste à faire l'incision des viscères en respectant d'abord la muqueuse, je n'en apprécie pas bien la portée. Ce pro-

cédé appartient, du reste, à Barker, qui l'a décrit il y a plus de trois ans (*British medical Journal*, 13 février 1886).

M. MONOD. Le procédé dont vient de parler notre collègue, et qui consiste à fixer l'anse intestinale à la paroi postérieure de l'estomac en passant à travers le misocolore, n'appartient pas à Wolfler, mais à Courvoisier (de Bâle), qui l'a exécuté sur le vivant en 1883¹. Quant à la précaution recommandée par M. Roux, de limiter d'abord l'incision de l'estomac aux couches séreuses et musculaires, en respectant la muqueuse, il est parfaitement exact qu'il ne l'a pas appliquée le premier. Mais il résulte d'un échange de lettres que j'ai eu avec notre confrère à ce sujet, qu'il ignorait absolument la tentative semblable faite avant lui par le chirurgien anglais dont M. Pozzi nous a justement rappelé le souvenir.

Je n'ai pas insisté sur ce point de priorité, qui ne nous paraissait pas avoir grande importance.

J'ai aussi à peu près passé sous silence diverses autres modifications opératoires ayant toutes pour but d'empêcher le reflux des matières intestinales dans l'estomac.

Courvoisier conseille à cet effet de s'arranger de façon à ce que, l'ouverture stomacale étant plus petite que celle de l'intestin, le bout supérieur de celui-ci corresponde à une partie non ouverte de la paroi stomacale, qui forme comme une sorte de valvule s'opposant au passage des liquides intestinaux; l'orifice stomacal s'ouvre, au contraire, à plein canal dans le bout inférieur de l'intestin, permettant au contenu de l'estomac de s'écouler librement.

Le même but pourrait, d'après le même auteur, être atteint d'une autre façon : section transversale de l'anse intestinale, l'extrémité correspondant au bout inférieur est seule fixée à l'estomac et reçoit elle-même par abouchement latéral l'extrémité du bout supérieur.

Tous ces procédés sont assurément ingénieux, mais ils ont, comme je l'ai laissé entendre, le tort grave de compliquer encore une opération déjà longue et difficile.

On ne saurait, du reste, trop recommander à ceux qui voudraient tenter une gastro-entérostomie sur le vivant de s'exercer auparavant sur le cadavre et les animaux. On évitera ainsi des tâtonnements ou des fautes opératoires préjudiciables au malade.

Depuis la rédaction de mon rapport, j'ai reçu de mon excellent ami M. le Dr Lardy, assistant de Kocher (de Berne), communication d'une nouvelle observation de gastro-entérostomie pratiquée par son maître, le 25 octobre 1888.

Le 6 novembre, la malade était assez bien pour quitter l'hôpital,

¹ COURVOISIER (L.-G.), *Centralbl. f. Chirurgie*, p. 794; 1883.

lorsqu'elle mourut presque subitement avant d'avoir gagné la rue. L'autopsie montra une rupture de l'estomac au niveau du cancer. On peut constater, d'autre part, la bonne réussite de l'abouchement gastro-intestinal. Kocher avait, dans ce cas, mis en œuvre un procédé particulier d'incision et de suture des viscères se rapprochant beaucoup du premier de ceux que j'ai décrits plus haut, d'après Courvoisier.

Présentation de pièces.

1^o Tumeur de l'orbite.

M. MONOD présente une tumeur de l'orbite enlevée chez la malade atteinte d'exophtalmie et de tuméfaction unilatérale du corps thyroïde, présentée par lui à la dernière séance.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agissait bien d'un néoplasme, probablement d'un sarcome de l'orbite, et non d'un gonflement du tissu cellulaire qui aurait été sous la dépendance de la tumeur thyroïdienne. Il y avait donc bien lieu de s'attaquer à la tumeur orbitaire et non au gonflement thyroïdien.

Discussion.

M. TRÉLAT. D'après la perte totale de la vue, j'avais dit qu'il y avait certainement une tumeur orbitaire dure, puisqu'il n'y avait pas de tumeur intracrânienne.

M. DESPRÉS. Les cancers primitifs du corps thyroïde sont très rares; la tumeur de cet organe que porte cette malade n'est-elle pas un cancer secondaire ?

M. MARCHAND. J'ai publié un cas de cancer primitif du corps thyroïde; c'était une femme morte deux ans après de généralisation.

M. MONOD. Ma malade n'a certainement pas de cancer du corps thyroïde; il s'agit d'un goitre simple, hypertrophique.

2^o Rein polykystique; néphrectomie.

M. MONOD montre un rein polykystique enlevé la veille chez une malade de son service. Il est malheureusement à craindre, étant donnée la nature de la lésion, qu'elle ne soit bilatérale et que la malade ne succombe. Ce qui peut cependant donner quelque espoir favorable, c'est : 1^o que le rein du côté droit n'a point donné lieu à une manifestation spontanée et provoquée quelconque, tandis que du côté gauche la douleur et la tuméfaction étaient considérables; 2^o que la malade est relativement bien ce matin et a uriné en notable abondance.

Communication.*Sur l'ongle incarné,*

PAR M. TH. ANGER.

Depuis dix-sept ans j'emploie pour guérir l'ongle incarné un procédé qui m'a toujours réussi. Quelques-uns de mes élèves ont fait leur thèse sur ce sujet, mais je n'ai moi-même rien publié. M. Alphonse Guérin en parle dans son traité de médecine opératoire; mais sa description est si peu claire, si embrouillée, que je crois utile de l'exposer de nouveau.

Les observations que j'ai recueillies sont au nombre de plus de cent. Pas une fois je n'ai échoué, et aucun de mes opérés n'est revenu me trouver.

J'écarte de cette statistique les ongles incarnés syphilitiques, qui exigent un traitement spécial, et l'acte opératoire que je vais décrire n'est applicable qu'à cette affection bizarre, qui survient chez les jeunes gens sans cause appréciable et dont l'origine pourrait bien être microbienne. J'ai fait, dans ces dernières années, rechercher le microbe que je soupçonne être cause de cette affection; mais jusqu'à présent on ne l'a pas trouvé. Qu'il existe ou non, le traitement que je préconise est certainement préférable à ceux qui ont été vantés jusqu'ici.

Pour anesthésier l'orteil, j'emploie, à l'exemple de beaucoup de chirurgiens qui m'ont précédé, un mélange de glace pilée et de sel marin, mais je l'emploie un peu différemment. Velpeau laissait la glace en contact avec l'orteil pendant cinq minutes. Celui-ci n'était pas seulement anesthésié; il était congelé. Il en résultait une réaction extrêmement douloureuse.

L'expérience m'a démontré qu'il suffisait de maintenir le contact pendant une minute, une minute et quart au plus, pour obtenir une insensibilité complète.

Un grand verre de glace pilée est donc mélangé avec une cuillerée à bouche de sel marin et étendu sur un morceau de gaze dont on relève les bords comme pour former une bourse. Cette bourse pleine de glace est appliquée sur l'orteil dans toute son étendue. Il importe que le contact soit parfait sur toute la circonférence de l'orteil, si l'on veut avoir une anesthésie complète. Pour éviter de refroidir la main qui maintient le sac, j'interpose entre celui-ci et la main une ou deux compresses.

Si le mélange a été bien fait, la glace bien appliquée, la peau,

au bout d'une minute, prend une coloration blanche qui indique une anesthésie suffisamment complète.

Pour opérer, on peut, à la rigueur, se servir d'un bistouri de trousse; mieux vaut cependant s'armer d'un couteau long, très étroit, à dos épais et résistant; la lame du bistouri de trousse est trop courte, et aussi trop large pour bien exécuter le second temps de l'opération.

Dans un premier temps, je taille par transfixion à la base de l'ongle malade un lambeau latéral qui, partant un peu en avant de l'articulation de la phalangette, se termine à l'extrémité de l'orteil. En taillant ce lambeau, le couteau doit suivre les parties saines et



Fig. 1.

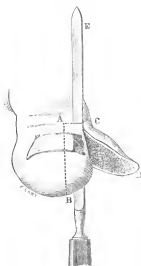


Fig. 2.



Fig. 3.

ne pas entamer les chairs ulcérées. La pointe du couteau doit pénétrer de la face plantaire vers la face dorsale, en avant et très près de l'articulation. Dans ce premier temps, il faut avoir soin, autant que possible, de comprendre l'artère collatérale dans la base du lambeau, par conséquent de passer le couteau entre la collatérale et l'os. Il faut, en un mot, que la base du lambeau soit large si l'on veut qu'il reste bien vivant. Un lambeau trop mince se sphacèlerait aisément.

Le lambeau taillé est aussitôt rabattu vers la base de l'orteil et le couteau est placé dans l'angle de la plaie, le tranchant dirigé vers la matrice de l'ongle (*fig. 2, EB*). Je sectionne les tissus perpendiculairement jusqu'à ce que le tranchant du bistouri soit

arrêté par la résistance de l'os de la phalange. Faisant alors décrire au tranchant un quart de tour, je coupe les chairs en rasant l'os, de façon à enlever comme un copeau toutes les parties malades.

Ce temps de l'opération est important ; si l'on n'a pas soin de raser l'os, on laisse en place la matrice de l'ongle et on s'expose à une récurrence ; très souvent même j'emporte avec le bistouri une mince couche osseuse adhérente aux fongosités. Cette section nette de la phalange n'a aucun inconvénient et garantit contre la reproduction de l'ongle, parce que la matrice de l'ongle est tellement accolée à l'os, qu'elle pourrait échapper au couteau, si l'on n'avait pas soin de raser la phalange.

Le copeau enlevé comprend toute la partie malade de l'ongle incarné, les fongosités, le bord de l'ongle et matrice sous-jacente.

Pendant plusieurs années, aussitôt l'opération terminée, je lavais la plaie avec l'eau phéniquée ou l'alcool, puis je procédais au pansement. Actuellement, j'estime qu'il vaut mieux attendre dix à quinze minutes le retour de la circulation et la fin de la petite hémorrhagie avant de procéder au pansement.

La plaie étant bien nettoyée, le lambeau est appliqué et maintenu par de petites bandes de diachylon. On doit surtout avoir soin de bien mettre en contact la base du lambeau qui s'adapte assez difficilement à cause de l'encoche nécessitée par l'ablation de la partie postérieure de la matrice de l'ongle.

Par-dessus le diachylon, je place une couche d'ouate assez épaisse entourant tout l'orteil ; puis, avec une bande étroite, je comprime modérément le lambeau. Ce temps est délicat ; une compression insuffisante n'assure pas la réunion par première intention ; une compression trop forte est susceptible de causer le sphacèle du lambeau à son extrémité.

L'appareil ainsi appliqué peut rester huit jours en place, et pendant ces huit jours l'opéré doit garder le lit.

Au bout de ce temps, on découvre l'orteil, les bandelettes de diachylon sont coupées avec les ciseaux ; l'orteil est nettoyé, et la réunion est obtenue. Toutefois, il n'est pas prudent de permettre au malade de marcher avant le dixième ou le douzième jour, dans la crainte que le lambeau ne se décolle ou ne s'enflamme. Souvent même il est utile d'entourer pendant quelques jours l'orteil d'une couche d'ouate pour faire une légère compression.

La durée moyenne du séjour des malades à l'hôpital a été de seize jours. Dix-sept y sont restés moins de dix jours.

Les suites de l'opération sont en général très simples.

La douleur est presque nulle. Autrefois, quand on congelait un orteil pendant trois à cinq minutes, la réaction était violente et

excessivement douloureuse. Mes opérés ne se sont jamais plaint d'onglée pénible après l'opération. D'ailleurs, la compression ouatée modère, je erois, la douleur.

Sur mes cent dix-sept opérés, sept seulement ont eu des accidents consécutifs à l'opération; l'un, jeune homme blond, lymphatique, fut pris, le septième jour, d'une lymphangite qui gagna le pied, puis la jambe et l'aîne. Cette lymphangite non fébrile fut guérie en quarante-huit heures par des applications d'alcool pur.

Chez les autres, il se produisit un sphacèle de l'extrémité du lambeau qui n'entraîna d'autre inconvénient qu'un retard dans la guérison. Ce sphacèle doit être attribué soit à un lambeau trop mince, soit à une compression trop énergique du lambeau par l'ouate. Dans ce cas, les malades se plaignent de douleurs, et alors je n'hésite pas à lever le pansement pour examiner la plaie et la vitalité du lambeau.

Les avantages de ce procédé ne me paraissent pas douteux.

D'abord l'application de la glace substituée au ehloroforme pour amener l'anesthésie, application qui a été régularisée, permet de se passer d'aide.

La réaction dont l'orteil, congelé pendant cinq minutes, était le siège, réaction très douloureuse, intolérable même, cette réaction est presque nulle, et aucun de mes opérés n'a souffert beaucoup de ce chef.

En second lieu, la réunion étant assurée par des bandelettes de diachylon ou même de gaze, le malade n'a pas à supporter la douleur due à l'ablation des fils ou des épingles que l'on serait tenté de placer pour obtenir une réunion plus parfaite.

On fait un unique pansement; au bout de huit jours, la réunion est assez solide, et l'on peut permettre au malade de marcher vers le douzième ou le treizième jour.

Enfin, après la cicatrisation, l'orteil conserve sa forme et aucune récurrence n'est à craindre. Sur les cent dix-sept opérés que j'ai renvoyés guéris, pas un n'est revenu me voir.

Il me reste à parler de quelques accidents que j'ai observés à la suite de cette opération.

Le plus fréquent est un léger sphacèle de l'extrémité du lambeau. Ce sphacèle peut être imputé soit à l'opérateur, soit au panseur. Si l'opérateur a taillé un lambeau trop mince ou dont la base est trop étroite, le sang n'arrive plus jusqu'à l'extrémité de ce lambeau et il se gangrène. Plus souvent le même résultat est dû à une compression trop forte du pansement. Lorsque cet accident survient, la guérison est plus lente, elle ne s'en fait pas moins.

Lorsque l'ongle est incarné des deux côtés, je fais une double opération. Si toute la matrice de l'ongle est malade, après avoir

taillé un lambeau de chaque côté, et réséqué les parties latérales, j'enlève la lunule en ayant toujours soin de raser l'os. Les deux lambeaux latéraux sont réappliqués et la face dorsale de la phalangette se cicatrice par seconde intention.

Permettez-moi en terminant d'exprimer un vœu, c'est que mes jeunes confrères qui professent la médecine opératoire à l'école veuillent bien exercer les élèves à pratiquer cette petite opération. Elle n'est pas difficile, et, cependant, elle exige une certaine dextérité.

Il ne faut pas borner l'intervention à l'ablation des fongosités, il faut enlever la matrice de l'ongle au delà des fongosités. Or, la matrice de l'ongle s'enfonce sous l'épiderme à une profondeur de cinq millimètres au moins ; il faut donc que le couteau rase la phalangette à six et sept millimètres au delà du niveau du repli épidermique qui recouvre la lunule. Si ce temps de l'opération est bien exécuté, je réponds du succès. Voilà pourquoi j'engage mes jeunes collègues à faire répéter cette petite opération à l'amphithéâtre.

Élections.

Vote pour la nomination de quatre correspondants nationaux.

Nombre des votants, 26. — Majorité, 14.

| | |
|---------------------------|----------|
| MM. Nimier, élu | 25 voix. |
| Piéchaud, élu | 20 — |
| Leprévost, élu | 19 — |
| Röhmer | 11 — |
| Masse | 10 — |
| Jeannel | 7 — |
| Tachard | 7 — |

Second tour de scrutin.

Nombre de votants, 29. — Majorité, 15.

| | |
|---------------------------|----------|
| MM. Röhmer, élu | 15 voix. |
| Tachard | 7 — |
| Masse | 4 — |
| Jeannel | 3 — |

En conséquence, MM. NIMIER, PIÉCHAUD, LEPRÉVOST et RÖHMER sont nommés membres correspondants nationaux.

Communication.*Sur les altérations de la glande sous-maxillaire consécutives à la lithiasie salivaire,*

PAR M. PAUL BERGER.

Quoique la lithiasie salivaire, et particulièrement celle de la glande sous-maxillaire, ne soit point d'une observation très rare, l'on ne sait presque rien des lésions des glandes salivaires qui en accompagnent l'apparition ou qui en sont la conséquence. On a cependant noté depuis longtemps les phénomènes douloureux, sous forme de coliques salivaires, parfois même les accidents inflammatoires, que détermine la présence d'un calcul dans le canal de Wharton ou dans le canal de Sténon; on a pu voir notamment un gonflement douloureux de la région sus-hyoïdienne, en pareil cas, donner lieu à la formation d'un abcès dont l'ouverture permet d'extraire un calcul de la glande sous-maxillaire. Mais l'on ignore absolument s'il existe, en dehors de ces accidents à forme inflammatoire aiguë, une modification anatomique du parenchyme glandulaire et, à plus forte raison, quelle est la fréquence de cette altération et le lien qui la rattache à la lithiasie salivaire. Les données que nous possédons sur ce sujet sont en très petit nombre.

M. Terrier communiquait en 1874, à la Société de chirurgie, un fait qui fut l'objet d'un rapport de M. Forget, fait dans lequel il avait pratiqué l'extirpation de la glande sous-maxillaire profondément altérée, en allant à la recherche d'un calcul du canal de Wharton dont une partie seulement avait pu être extraite par la bouche. La glande était fortement adhérente aux tissus voisins; son tissu était ferme et très dur; il ne renfermait aucune concrétion calculeuse; ce ne fut que plus tard que M. Terrier découvrit le reste du calcul qui était situé au-dessus de la glande, sous la muqueuse du plancher de la bouche.

Tout récemment, M. d'Arcy Power a publié, dans les transactions de la Société pathologique de Londres, un cas analogue; il s'agit d'un malade chez lequel ce chirurgien, extirpant la glande sous-maxillaire qui était le siège d'une induration chronique, découvrit au milieu de l'organe altéré un calcul salivaire pesant 44 grammes et dont la présence n'avait pas été soupçonnée.

J'aurai l'occasion de revenir sur ces faits, et particulièrement sur l'observation de M. Terrier, qui présente avec celle qui va suivre une fort grande analogie. Le cas que je viens d'observer présente un intérêt particulier, non seulement parce qu'il est un

exemple d'une complication peu connue des calculs salivaires, complication qui, dans le cas de M. Terrier et dans le mien, a pu induire le chirurgien en erreur sur la nature véritable de l'affection à laquelle il avait affaire, mais parce qu'il a permis l'étude minutieuse des caractères anatomiques d'une altération qui se retrouve dans un certain nombre d'autres parenchymes glandulaires, lorsque leurs canaux excréteurs sont le siège d'une oblitération, et particulièrement de l'obstruction par des calculs.

Voici l'observation résumée du fait en question ; je la fais suivre de l'examen anatomique complet qu'a bien voulu faire de la pièce M. Pillet, chef du laboratoire des travaux pratiques d'histologie à la Faculté, examen dont les dessins remarquablement exécutés, où il a reproduit quelques-unes de ses préparations, faciliteront l'intelligence.

OBSERVATION. — Le malade, âgé d'une cinquantaine d'années, était entré dans mon service le 7 janvier 1889. Ce n'était que depuis un mois environ que des douleurs, sous forme d'élançements assez vifs, avaient attiré son attention sur l'affection dont il était atteint. Cependant il y avait déjà cinq ou six ans qu'il s'était aperçu de l'existence d'une petite grosseur dure, roulant sous la peau et siégeant à droite, au-dessous du rebord du maxillaire inférieur à la région sus-hyoïdienne. Cette grosseur s'était accrue quelque peu dans les deux dernières années, et depuis cette époque le malade s'apercevait de temps en temps qu'il avait dans la bouche et qu'il crachait de petites concrétions pierreuses qu'il pensait être constituées par du tartre dentaire.

Depuis un mois, la région sus-hyoïdienne droite était devenue douloureuse : les élançements commençaient à se produire tous les jours le matin et duraient jusqu'à 5 ou 6 heures du soir ; la pression sur la tuméfaction sous-maxillaire accroissait ces douleurs. Enfin, le 1^{er} janvier, le malade s'aperçut qu'il crachait du pus, et il se détermina à entrer à l'hôpital.

En examinant la région sus-hyoïdienne, on trouvait à la région indiquée, exactement au niveau où se trouve la glande sous-maxillaire, une tumeur du volume d'une très petite noisette. Cette tumeur était très dure, de consistance pierreuse, un peu irrégulière ; elle n'adhérait nullement aux téguments et elle était assez mobile sur les parties profondes ; elle n'adhérait nullement au maxillaire.

En portant le doigt dans la bouche, on sentait sur le plancher de la bouche, dans le sillon sublingual, un corps dur, allongé dans le sens de ce sillon, mobile sous la muqueuse buccale, et qu'à sa consistance on reconnaissait aussitôt pour un calcul salivaire.

L'examen direct ne révélait aucune tuméfaction appréciable à l'œil en ce point ; il n'y avait pas d'orifice fistuleux ni d'ulcération ; l'orifice du canal de Wharton était normal ; la pression sur le trajet de ce canal faisait suindre par cet orifice une petite quantité de pus.

A part les phénomènes douloureux que nous avons notés, nous

n'avons à relever aucun trouble fonctionnel; il n'y avait pas de sécheresse de la bouche; au moment de la mastication, les douleurs même ne semblaient pas s'exagérer.

Recherchant les relations du calcul que l'on sentait au plancher de la bouche, avec la tumeur sus-hyoïdienne, on constatait que ces deux tumeurs faisaient corps, de telle sorte que tous les mouvements communiqués à la tumeur sus-hyoïdienne se transmettaient à la tumeur buccale et réciproquement; l'une et l'autre présentaient la même consistance, et l'on pouvait admettre qu'il ne s'agissait que d'une seule et même tumeur calculeuse, développée dans la glande sous-maxillaire et venant faire saillie au plancher buccal par un prolongement supérieur accompagnant le canal de Wharton.

Restait à faire le cathétérisme de ce conduit : une sonde y pénétra facilement jusqu'à 3 centimètres de profondeur, et ce ne fut qu'à ce niveau qu'elle donna la sensation de contact d'un corps rugueux et dur.

Aussi le diagnostic de calcul de la glande sous-maxillaire se prolongeant jusque dans le canal de Wharton me parut le seul qui pût être adopté, et comme la partie principale de la tumeur se trouvait à la région sus-hyoïdienne, c'est par cette région que je me décidai à en pratiquer l'extirpation.

L'opération fut pratiquée le 9 janvier. Une incision courbe, à la région sus-hyoïdienne, permit d'aborder la tumeur, et de constater aussitôt qu'il ne s'agissait pas d'un calcul, d'une tumeur calcaire ou pierreuse, mais d'une régénération de la glande sous-maxillaire, qui était absolument dure, séleuse et de plus extrêmement adhérente à toutes les parties environnantes. Ce caractère, qui me rendait assez suspecte la nature même de l'affection à laquelle j'avais affaire, me détermina à en pratiquer l'ablation très large, pratiquée dans des tissus absolument sains : c'est dire que cette ablation fut très laborieuse; qu'elle s'accompagna d'un écoulement sanguin assez considérable, sans parler de la lésion de l'artère faciale que j'avais, au début de l'opération, sectionnée entre deux ligatures. — Quand je fus arrivé aux limites supérieures de la glande, vers le plancher de la bouche, j'amenai tout à coup au dehors un assez gros calcul, mais très friable, de forme allongée, dont la partie inférieure était comme enchevêtrée dans la glande sous-maxillaire altérée : c'était le calcul que l'on pouvait sentir dans le sillon lingual et dont le cathétérisme du canal de Wharton nous avait donné la notion.

J'avais évité avec soin d'intéresser la muqueuse buccale; l'hémostasie fut faite avec beaucoup de soin; la réunion fut ensuite pratiquée par-dessus un tube à drainage, et un pansement au salol fut appliqué sur la région.

Le tube fut retiré le 4^e jour; les fils à suture, le 10^e; à ce moment la plaie était complètement réunie.

L'opéré, que j'ai revu une quinzaine de jours après, ne se plaignait d'aucun trouble et d'aucune gêne, ni dans la mastication ni dans la déglutition des aliments.

Examen anatomique de la pièce, par M. PILLET. — A la coupe, la glande paraît formée par un tissu dense, serré, homogène, dans lequel se détachent, après coloration, un certain nombre de points opaques.

Cette gangue est presque entièrement constituée par du tissu fibreux. Les points opaques sont les restants des acini de la glande.

La *gangue* est composée de faisceaux de fibres conjonctives feutrés dans différents sens; les cellules fixes y sont presque partout étoilées, et simplement fusiformes dans quelques points plus serrés. Par places, à la périphérie de la glande, on trouve de petits amas de cellules adipeuses, et sur un point des faisceaux musculaires striés englobés dans la prolifération scléreuse. Le processus de sclérose avait donc envahi l'enveloppe qui n'est plus distincte et les parties voisines, d'où la production d'adhérences très solides avec ces tissus voisins.

Dans ce tissu fibreux, on rencontre des vaisseaux et des nerfs. Les capillaires y sont assez abondants, à lumière nette, accompagnés sur certains points par des traînées de cellules lymphatiques. Les fentes lymphatiques sont rares dans le tissu scléreux, qui est partout assez condensé. On y rencontre plusieurs artères assez volumineuses et présentant un épaississement bien net de leurs trois couches (endopériartérite).

Les nerfs paraissent très abondants; mais ceci tient au retrait qu'a subi la glande; les faisceaux nerveux persistants paraissent plus nombreux, puisqu'ils occupent une surface moins large. On rencontre dans les coupes un certain nombre de ces faisceaux allant par cinq ou par six. Ils sont composés de fibres de Remak, ce qui rend très difficile l'appréciation des lésions dégénératives qu'ils peuvent présenter. Mais le point important à signaler, c'est qu'ils sont partout entourés de véritables gaines de cellules lymphatiques formant par places autour d'eux des nodules assez volumineux, comme on peut le voir représenté sur la planche n° 1. Un simple coup d'œil sur cette planche remplacera avantageusement une longue description.

Passons maintenant à la description de chacun de ces points qui constituent des acini. Il en existe encore très peu où la structure de la glande soit reconnaissable; mais en les prenant comme point de départ on peut, par une série d'intermédiaires, arriver à se rendre compte de la façon dont s'est accomplie la destruction complète du parenchyme.

Sur un des lobules les moins lésés, on constate d'abord la dilatation de tous les canaux excréteurs; leur lumière est remplie par des cellules en desquamation; leur épithélium est en place, il est cubique, et sur certains points aplati et lamellaire. Autour de chacun de ces canaux existe une enveloppe conjonctive très épaisse formée de faisceaux de fibres adultes; à la périphérie de ces bandes de sclérose existe un autre anneau concentrique de fibres élastiques. A côté de ces canaux, on en retrouve d'autres en petit nombre qui ne sont point dilatés et qui présentent leur épithélium à bâtonnets caractéristique; autour de ceux-là, il n'y a point de bande de sclérose.

Les culs-de-sac de la glande sont tous tapissés par des cellules petites, polyédriques et tassées à protoplasma opaque; ces culs-de-sac sont irrégulièrement arrondis; on ne retrouve que par hasard un cul-de-sac dans lequel les cellules sécrétantes aient gardé le type caliciforme. Au lieu de se toucher tous, ils sont séparés par des vaisseaux beaucoup plus accentués que normalement. A la périphérie du lobule ainsi altéré se voient des amas lenticulaires ou aplatis, de petites cellules rondes, et on retrouve de semblables petits flots ou nodules de cellules rondes dans l'épaisseur du lobule entre les bifurcations de canaux excréteurs dilatés.

Le centre de ces points miliars ne présente pas de dégénérescence vitreuse, colloïde, caséuse, etc.

Le nombre des lobules où l'on retrouve des traces de culs-de-sac est très peu considérable. Sur la plupart des autres lobules qui persistent comme autant d'unités dispersées dans le tissu scléreux, voici ce que l'on constate : la périphérie du lobule est indiquée par un cercle composé d'un certain nombre de ces amas miliars allongés de petites cellules rondes, que nous venons de signaler. Au centre, existent les canaux excréteurs largement dilatés, irrégulièrement bifurqués et présentant une ressemblance grossière avec les ramifications glandulaires d'un fibrome cystique, du sein par exemple. Ces canaux, toujours doublés de leur enveloppe scléreuse, sont entourés derrière celle-ci par des éléments lymphatiques en nappes, parfois même en amas, presque aussi volumineux que ceux qui existent à la périphérie de l'ancien lobule. Tout autour se voient aussi des nappes de fibres élastiques abondantes et irrégulièrement distribuées et qui paraissent être le reliquat du système des fibres élastiques des canaux détruits. Ainsi sont constitués le centre et la périphérie du lobule atrophiés, mais entre les deux la place occupée tout à l'heure par le cul-de-sac glandulaire se montre vide, le parenchyme ayant été remplacé par du tissu scléreux. Donc les culs-de-sac ont disparu les premiers et il ne reste qu'une partie de l'appareil excréteur, comme une branche d'arbre dépouillée de ses feuilles. Du reste, il y a des points où l'on peut trouver une partie des culs-de-sac et qui représentent des stades intermédiaires entre ces deux degrés.

Poursuivons plus loin : à un degré de plus, le lobule ne sera plus représenté que par une dilatation irrégulière d'un canal excréteur autour duquel se verra un amas milar du volume d'une petite tête d'épingle. Et, en effet, nous rencontrons cette forme.

Plus loin encore, le canal disparaît et il n'existe plus qu'un petit amas de cellules rondes à la place du lobule salivaire.

Voyons maintenant ce qui se passe dans les cellules. Nous avons dit que celles des culs-de-sac sont devenues petites et cubiques, semblables à celles que Cornil et Ranvier décrivent dans l'atrophie de la sous-maxillaire par ligature du canal excréteur, et qu'ils qualifient du nom d'état indifférent. Dans les canaux dilatés, comme ceux qui sont représentés planche II, l'épithélium présente diverses formes; on peut rencontrer dans un même canal des cellules aplaties et basses

à gros noyau, à protoplasma peu développé, des cellules caliciformes typiques et des cellules cubiques dont le protoplasma est chargé de granulations jaunâtres. Sur certains points, la rangée des cellules est double; il existe, en effet, au-dessous de ces cellules une couche de cellules rondes de remplacement.

En résumé, une sclérose périlobulaire et endolobulaire amènent la disparition à peu près complète de la glande, mais le point capital à faire remarquer, c'est que cette atrophie a lieu par l'intermédiaire de cellules lymphatiques réunies en foyers, qui ont tous les caractères du tissu de granulation du néoplasme infectieux. On peut donc dire, de par l'anatomie pathologique seule, et de par la constatation de ces amas miliaires, que l'on a affaire à un processus d'infection secondaire.

Les lésions trouvées par M. Pillet rappellent d'une manière frappante celles qui ont été reproduites, observées et magistralement décrites par MM. Charcot et Gombault, dans leurs remarquables expériences sur les *altérations du foie consécutives à la ligature du canal cholédoque*¹. La ligature du canal cholédoque réalise expérimentalement les conditions les plus importantes d'un accident fréquemment observé chez l'homme : la rétention de la bile par le fait d'un obstacle siégeant sur les canaux excréteurs du foie ; d'autre part, ainsi que le prouve une observation renfermée dans ce mémoire, et dont les résultats ont été confirmés depuis lors par un nombre considérable d'examen semblables, les lésions du foie provoquées chez l'homme par l'obstruction des voies biliaires offrent, sous certains rapports, une ressemblance frappante avec celles qui se produisent chez les animaux en expérimentation dans des conditions analogues. Ces lésions sont trop connues aujourd'hui pour que nous insistions sur leur détail ; qu'il nous suffise de rappeler qu'elles se caractérisent : 1° par la dilatation considérable de tout le système des canaux biliaires ; 2° par une sclérose en néoformation périlobulaire tendant à faire disparaître le tissu hépatique lobule par lobule ; 3° dans l'atrophie plus ou moins complète, suivant le degré de la lésion, des lobules hépatiques.

Quelques années après la publication des recherches de MM. Charcot et Gombault, MM. Arnosan et Vaillard communiquaient à la Société de biologie les résultats d'expériences qu'ils avaient instituées pour étudier les lésions produites dans la glande parotide par la ligature du canal de Sténon². Eux aussi trouvèrent, à la suite de la ligature du conduit excréteur de la glande salivaire, la dilatation des conduits salivaires, bientôt suivie d'une infiltration

¹ *Archives de Physiologie*, 2^e série, t. III, p. 272; 1876.

² Des altérations produites dans la glande parotide par la ligature du canal excréteur (*Comptes rendus et mémoires de la Société de biologie*, 7^e série t. III, p. 229; 1881).

embryonnaire aboutissant à une sclérose de l'organe dont les éléments glandulaires disparaissaient par le fait d'une atrophie rapide.

Trois ans plus tard, les mêmes auteurs retrouvaient dans le pancréas du lapin les mêmes lésions survenant dans le même ordre, à la suite de la ligature du canal de Wirsung ¹.

Ces trois termes, dilatation des canaux excréteurs, sclérose du tissu conjonctif intra-lobulaire, disparition de l'élément glandulaire, caractérisent précisément l'altération de la glande sous-maxillaire, atteinte de lithiasé salivaire, que nous avons enlevée ; et cette identité des lésions semble indiquer qu'il s'agit d'un fait de pathologie générale applicable à toute les glandes.

Comme complément de leur mémoire sur la ligature du canal cholédoque, MM. Charcot et Gombault avaient pratiqué la ligature de l'uretère sur un certain nombre de cobayes. Ils avaient ainsi déterminé l'apparition d'un certain nombre de lésions rénales, rappelant celles que la ligature du canal cholédoque produirait dans le parenchyme hépatique ; entre autres « une production exubérante de tissu interstitiel, tantôt à un état d'organisation plus ou moins avancé, tantôt complètement embryonnaire, d'où l'épaississement des travées intra-canaliculaires. De distance en distance, les leucocytes infiltrent le tissu en telle abondance et sont tellement rapprochés les uns des autres, qu'on a sous les yeux de véritables abcès microscopiques ».

MM. Straus et Germont ², qui ont repris l'étude des lésions histologiques du rein provoquées par la ligature de l'uretère, à l'aide d'un procédé nouveau, sont arrivés à des résultats différents qui jettent un jour tout particulier sur la nature même des altérations que produit dans une glande l'oblitération de son conduit excréteur.

Ayant pratiqué la ligature de l'uretère avec des précautions antiseptiques rigoureuses, ces auteurs ont observé des lésions consistant d'abord dans l'ectasie, puis dans le collapsus atrophique des conduits urinaires, depuis le glomérule jusqu'aux tubes collecteurs ; mais ils n'ont plus retrouvé ni cette sclérose interstitielle, ni ces accumulations de leucocytes qu'avaient observés MM. Charcot et Gombault. L'absence complète de processus phlegmasiques et scléreux transformait, suivant l'expression de M. Straus, une lésion à la fois active et passive en une lésion purement passive.

¹ Contributions à l'étude du pancréas du lapin. Lésions provoquées par la ligature du canal de Wirsung (*Archives de physiologie*, 3^e série, t. III, p. 287; 1884).

² Des lésions histologiques du rein chez le cobaye, à la suite de la ligature de l'uretère (*Archives de physiologie*, 2^e série, t. IX, p. 386; 1882).

Ainsi, pour M. Straus, la sclérose du tissu glandulaire est due non point à l'oblitération du conduit excréteur de la glande, mais à une infection véritable partie de la ligature ou de la lésion quelle qu'elle soit qui a donné lieu à l'oblitération de ce canal.

Ces idées ont trouvé leur confirmation dans les constatations anatomiques et expérimentales, et surtout dans les recherches bactériologiques qui ont été faites dans ces derniers temps sur les altérations des reins provoquées par un obstacle au cours de l'urine. Voici les conclusions auxquelles est arrivé, sur ce sujet, M. Albarran¹, dans un très bon travail appuyé sur des documents cliniques et sur des expérimentations nombreuses : « En cas d'obstacle au cours de l'urine, il existe une *période aseptique*, caractérisée par la dilatation, puis par l'atrophie des canalicules du rein, accompagnées d'un léger degré de sclérose non inflammatoire... A un moment donné, le plus souvent par le fait du chirurgien, les organismes pénètrent dans la vessie et y pullulent; les lésions deviennent *infectieuses*... Quand ces micro-organismes arrivent au rein par la voie ascendante, ils produisent, suivant leur virulence : la *sclérose simple*, avec foyers embryonnaires sans suppuration, ou la *néphrite suppurée*. »

Ainsi la dilatation du système des canaux excréteurs et l'atrophie du tissu glandulaire sont la conséquence de l'obstruction du canal excréteur principal d'une glande; la sclérose de l'organe dépendrait d'un élément surajouté, d'une infection microbienne ayant pour porte d'entrée la plaie produite pour pratiquer la ligature expérimentale de ce conduit, ou une lésion de celui-ci qui permette la pénétration de son épithélium par les microbes pyogènes.

Sur la glande sous-maxillaire de notre malade, la sclérose de l'organe, et surtout le type suivant lequel elle avait procédé, semble donc indiquer l'existence d'un processus infectieux. Partout, en effet, les canaux excréteurs dilatés, les lobules glandulaires plus ou moins atrophies, les faisceaux nerveux eux-mêmes qui traversent la glande sont entourés d'une infiltration de cellules lymphatiques, soit en nappes, soit en foyers miliaires analogues à ceux que MM. Charcot et Gombault ont trouvés dans le foie et dans le rein. Cette infiltration lymphatique, pour les histologistes, est l'indice d'une infection; la porte d'entrée de cette dernière ou plutôt de l'agent infectieux n'est pas difficile à trouver : elle réside dans les lésions du conduit excréteur dont la présence du calcul avait déterminé la suppuration. Reste à déterminer l'agent infectieux lui-même : sa présence n'a pu être déterminée dans le tissu de la glande par les procédés ordinaires de coloration; c'est donc une

¹ Étude sur le rein des urinaires (Thèse inaugurale de Paris. Steinheil, 1889).

lacune qui doit faire accueillir avec quelque réserve encore l'hypothèse que je vous présentais tout à l'heure. Quoi qu'il en soit de l'examen pratiqué par M. Pillet, il résulte que, dans certains cas de lithiase salivaire, il existe une altération de la glande caractérisée par la dilatation des conduits excréteurs, par l'atrophie du tissu glandulaire et par la sclérose de l'organe due à l'infiltration lymphatique du tissu péri-lobulaire; lésions analogues à celles que l'on a observées dans différents parenchymes glandulaires, notamment dans le foie et dans le rein, à la suite de l'obstruction de leurs conduits excréteurs par des calculs.

Quelques mots suffiront pour faire ressortir l'enseignement pratique qui résulte de ce fait.

L'on voit tout d'abord, par l'altération de la glande atteinte de lithiase salivaire, que les modifications de sa consistance peuvent être telles que l'on attribue à la présence d'un calcul venant faire saillie à la région sous-maxillaire la proéminence dure constituée par la glande elle-même. C'est ce qui m'est arrivé, c'est également l'erreur où est tombé M. Terrier dans le cas auquel je faisais allusion tout à l'heure. On peut être de la sorte conduit à pratiquer à la région sous-hyoïdienne une incision pour extraire un calcul qui se trouve, en réalité, situé sous la muqueuse buccale. Seule, la connaissance des lésions qui se produisent du côté de la glande sous-maxillaire permettra d'éviter cette erreur et de n'entreprendre l'extirpation de la glande malade qu'en connaissance de cause, si l'on croit devoir la pratiquer.

Au cours même de l'opération, lorsque l'incision a conduit jusqu'au tissu glandulaire, l'adhérence de la sous-maxillaire aux plans anatomiques qui l'avoisinent, la consistance scléreuse qu'elle présente à la coupe, peuvent faire croire à une altération d'une autre nature, à l'envahissement de l'organe par néoplasie cancéreuse. J'avoue que je n'étais pas sans conserver quelques doutes sur la nature de l'altération glandulaire jusqu'au moment où j'eus connaissance de l'examen anatomique si complet que je viens de rapporter. Telle fut également l'arrière-pensée qui conduisit M. Terrier à pratiquer, sur la portion de l'organe qu'il n'avait pas pu enlever tout d'abord, des cautérisations répétées au chlorure de zinc. Désormais, quand on constatera une induration de la sous-maxillaire chez un sujet atteint de lithiase salivaire, on n'hésitera plus, je le pense, à attribuer la véritable cause aux altérations inflammatoires, à la sclérose, qui ont envahi la glande en déterminant la disparition des éléments glandulaires et la dilatation du système de ses canaux excréteurs.

Enfin, quelle doit être la conduite du chirurgien en présence de semblables lésions dont il aura reconnu le caractère véritable? Il

est certain qu'un organe altéré de la sorte ne peut plus concourir à l'accomplissement des fonctions qui lui étaient dévolues ; qu'il reste comme une cause de gêne, de douleurs, de poussées inflammatoires successives, de suppuration continue, trouvant son issue dans la bouche, persistant probablement même après l'ablation du calcul, et menaçant le malade de la production incessante de nouvelles excréctions calculeuses. Il nous paraît donc que celui-ci ne peut que gagner à en être débarrassé et que l'ablation de la glande malade peu et doit être le temps préparatoire ou, suivant les cas, le complément de l'ablation des calculs. Mais il est bien entendu que cette opération doit être réservée pour les cas avancés où la dégénération du tissu glandulaire et la sclérose sont rendues manifestes par la modification que présente la consistance de l'organe, et qu'on ne se résoudra à y avoir recours qu'après avoir mis dans la balance les inconvénients que nous venons de rappeler et celui qui résulte de la cicatrice que l'opération laisse à la région sous-maxillaire. Chez les sujets d'un certain âge, et particulièrement chez les hommes, je crois qu'elle penchera du côté d'une intervention radicale qui, est-il besoin de le dire, n'expose le malade à aucun danger sérieux.

Discussion.

M. DESPRÉS. L'hypertrophie des glandes salivaires, après obstruction du canal excréteur par un calcul, a été décrite dans la thèse déjà ancienne de Closmadeuc. Mais cela est très différent, je le reconnais, des lésions durables signalées par M. Berger.

Présentation de malade.

M. BERGER, au nom de M. GOUGUENHEIM, présente le malade que celui-ci a déjà montré à la Société, et qui est atteint de rétrécissement syphilitique du larynx datant de six ans, dilaté avec des bougies. La canule a été retirée, le malade se sonde lui-même, et M. Berger doit prochainement oblitérer la fistule.

Discussion.

M. DESPRÉS. Je constate que la voix n'est nullement revenue et que, lorsqu'on ferme avec le doigt la fistule, le malade a de la peine à respirer au bout d'une minute. Si on l'oblitére, on devra la rouvrir.

M. BERGER. Je représenterai le malade opéré au mois d'octobre.

J'aurai alors fermé sa fistule par l'autoplastie, et je crois pouvoir affirmer que cette opération ne sera pas prématurée, comme le craint M. Després.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
S. Pozzi.

Séance du 24 juillet 1889.

Présidence de M. LE DENTU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

- 1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;
 - 2° Des lettres de remerciement de MM. NIMIER, PIÉCHAUD, LE-PRÉVOST et RÖHMER, nommés membres correspondants nationaux;
 - 3° MM. HORTELOUP et TH. ANGER, s'excusent de ne pouvoir assister à la séance;
 - 4° *Des calculs salivaires*, par le D^r R. SCHMIT, médecin-major.
-

A propos du procès-verbal.

M. MONOD annonce que la malade qu'il a opérée de néphrectomie et dont il a présenté le rein, va bien.

M. BERGER informe la Société qu'il a oblitéré la fistule laryngienne du malade de M. Gougenheim et qu'il va bien.

Rapports.

I. — *Amputation intra-calcanéenne horizontale pour un mal perforant récidivé*, par le D^r CHAPUT, chirurgien des Hôpitaux.

Rapport par M. CHAUVEL.

L'amputation de Chopart, quoi qu'on en dise à l'étranger, donne

des résultats définitifs si variables, expose si souvent à des moignons douloureux, ulcérés, inutiles, que peu de chirurgiens, dans notre pays, y ont volontiers recours. Je n'ai pas à rappeler, et moins encore à discuter ici les raisons invoquées pour expliquer le relèvement du talon et, par suite, le transport de la cicatrice directement sous le point d'appui, sur le point de pression maximum; d'où son ulcération forcée et l'impossibilité de la marche. Cependant, je dois signaler parmi les causes de la déformation primitive ou secondaire du moignon, l'action du triceps sural dont le tendon est seul ou presque seul ménagé, et le changement de position du calcanéum dont l'extrémité antérieure, par la suppression de l'avant-pied et de la voûte plantaire, tend à descendre au contact du sol. En somme, du fait de l'opération même résultent : l'abaissement de la partie cuboïdienne du calcanéum, l'élévation de la partie talonnière.

Des échecs ultimes trop fréquents de l'amputation de Chopart, même avec section immédiate du tendon d'Achille, est venue la préférence donnée par nombre de chirurgiens à la désarticulation sous-astragalienne et au procédé d'amputation intra-calcanéenne de Lefort-Pasquier. Mais il peut sembler dur de pousser aussi loin le sacrifice, et d'accepter le raccourcissement bien plus considérable du membre que laisse l'ablation du calcanéum tout entier, ou la soustraction de l'astragale. C'est pour moins perdre la hauteur du membre, tout en assurant au moignon une base horizontale, un appui large et solide, que M. le Dr Chaput a imaginé une section intra-calcanéenne, un mode opératoire spécial qu'il a mis en pratique en septembre 1888.

Son malade, âgé de 46 ans, atteint d'un mal perforant plantaire à gauche, avait déjà subi la désarticulation de la première phalange du gros orteil et, plus tard, l'extirpation du premier métatarsien. Une récurrence rapide nécessitait une intervention plus radicale, une amputation médio-tarsienne. Pour obvier au renversement du moignon, notre confrère pratique le procédé suivant :

1^{er} TEMPS. *Tracé d'une raquette à queue externe.* — La raquette se compose d'une incision dorsale et d'une incision plantaire. L'incision dorsale commence au bord interne du pied, d'un doigt en avant du tubercule du scaphoïde. Elle s'arrondit en guêtre sur le dos du pied et passe au niveau du bord externe à la limite inférieure de ce bord. On la prolonge derrière le tendon d'Achille en la faisant remonter légèrement pour atteindre ce tendon; elle se termine enfin au bord interne (non pas externe) du tendon d'Achille.

Dans un premier temps, la peau est seule incisée; dans un second temps, les tendons sont coupés, y compris le tendon d'Achille.

L'*incision plantaire* est conduite parallèlement à l'incision dorsale qu'elle va rejoindre sur l'extrémité postérieure du 5^e métatarsien. Cette incision plantaire est menée à fond jusqu'aux os.

2^e TEMPS. *Désarticulation médio-tarsienne*. — Le lambeau dorsal est rapidement disséqué et on exécute l'amputation de l'avant-pied dans l'articulation médio-tarsienne.

3^e TEMPS. *Section rigoureusement horizontale du calcaneum, passant aussi bas que possible*. — Le lambeau plantaire est détaché au bistouri de la face inférieure du calcaneum. Lorsque cette dissection est suffisante, on sectionne le calcaneum à la scie, de façon que la face inférieure de l'os soit, après la section, rigoureusement horizontale. On sait que normalement la face inférieure de l'os forme, avec l'horizon, un angle d'environ 45 degrés. Cette section doit passer aussi bas que possible, afin de supprimer autant qu'on le peut, le raccourcissement du membre.

4^e TEMPS. *Section verticale de l'extrémité postérieure du calcaneum, emportant l'insertion du tendon d'Achille*. — Ce temps s'exécute facilement et simplement.

Un abcès au bout d'un mois, puis une fistule nécessitant l'excision du trajet et l'enlèvement d'un point osseux à la gouge, sont les seuls accidents qui vinrent un moment entraver la guérison. Le malade marchait après deux mois, et lorsqu'il nous a été présenté, vous avez pu constater que son moignon était dans de bonnes conditions. A peine si le raccourcissement atteint 2 centimètres.

M. Chaput fait observer que son procédé, bien qu'il poursuive le même but que celui du professeur Tripier, de Lyon, s'en éloigne à beaucoup d'égards. Dans ce dernier, le calcaneum est sectionné sur un point beaucoup plus élevé, ce qui entraîne un raccourcissement notable; on ne conserve qu'une mince lamelle du calcaneum exposée à se nécroser ou à se résorber; enfin, on laisse persister l'insertion du tendon d'Achille, cause efficace de bascule. Tous ces inconvénients sont évités par le procédé de M. Chaput.

Il me paraît bien difficile de juger la valeur d'opérations sur un seul fait, et sur un fait qui ne date pas encore d'une année. Si, théoriquement, le mode opératoire de notre confrère doit prévenir le relèvement du talon qui constitue l'accident le plus fâcheux après l'amputation de Chopart, théoriquement aussi, son procédé n'est pas exempt de reproches. J'avoue que cette mise à nu de toute la face inférieure du calcaneum, cette double section, l'une horizontale et l'autre verticale, ne me rassurent pas complètement sur la persistance de la vitalité de cet os, ni sur la solidité du moignon. M. Chaput a dû ouvrir un abcès, extirper une fistule, gouger le

calcanéum dénudé. Admettant que son opéré soit désormais à l'abri de toute ostéite, croit-il qu'il en sera de même dans les cas de tuberculose ostéo-articulaire, affection qui entraîne le plus d'opérations sur le pied ?

Je sais combien il est difficile d'empêcher le relèvement du talon après la désarticulation médio-tarsienne, et l'électrisation musculaire, bien qu'elle ait son importance, ne trouve pas toujours les succès que lui a dus M. Larger. Et cependant, il me semble que le but à poursuivre n'est pas dans l'aplanissement, avec la scie, de la face inférieure du calcanéum, aplanissement qui nécessite toujours l'ablation d'une certaine hauteur de l'os, sans empêcher l'abaissement de son extrémité antérieure. Mieux vaudrait chercher l'ankylose tibio-tarsienne, relever l'extrémité antérieure du calcanéum, et conserver au moignon l'appui naturel que lui fournit le talon.

Messieurs, je vous propose d'adresser des remerciements à M. le Dr Chaput, de l'inscrire dans un rang honorable parmi les candidats au titre de membre titulaire, et de le prier de suivre, s'il le peut, son malade, pour nous le représenter dans quelques années, et faire constater l'état de son moignon.

II. — *Kyste hydatique de la rate*, par le Dr TACHARD, médecin-major aux Invalides.

Rapport par M. CHAUVEL.

Bien rares sont les tumeurs hydatiques de la rate, et plus rares encore sont les kystes reconnus sur le vivant comme appartenant à cet organe, car le diagnostic n'est pas sans difficultés. Le fait bien observé de M. Tachard présente un intérêt d'autant plus considérable que l'autopsie a permis de déterminer exactement les rapports de la tumeur.

Il s'agit d'un homme de 40 ans, entré en janvier 1883 à l'hôpital de Médeah, atteint depuis quatre ans au moins d'une tumeur au ventre qui, d'abord indolente, détermina, en grossissant, des troubles de la circulation et de la respiration et rend tout travail impossible. Cette tumeur occupe l'hypocondre gauche, elle est lisse, indolente, fluctuante, légèrement mobile, suit les déplacements réguliers du diaphragme, et donne nettement le frémissement hydatique. Sa nature n'est donc aucunement douteuse. Quant à son siège, le développement de la masse dans le côté gauche, le refoulement de l'intestin vers la droite, le contact direct de la paroi antérieure du kyste et de la paroi abdominale, l'absence de troubles urinaires, la mobilité relative de la tumeur et son déplacement avec le diaphragme, font rejeter l'idée d'une lésion du rein et admettre l'existence d'un kyste de la rate.

Les troubles fonctionnels éprouvés par le patient paraissent dus uniquement à la gêne mécanique de la respiration et de la circulation; il y avait lieu d'intervenir. Au procédé de Récamier qui lui paraissait difficilement applicable, M. Tachard préféra l'évacuation par ponction capillaire, évacuation partielle, curative peut-être, mais du moins palliative. On ne songeait pas alors à la laparotomie avec suture de la poche à l'ouverture pariétale, les classiques n'en parlaient pas. Avec son aspirateur hydraulique, notre collègue extrait 2,500 grammes de liquide limpide, sans albumine, mais fortement chloruré. Le microscope n'y montra pas de crachats.

Aucun accident ne suit l'opération faite le 27 janvier. Tout va bien jusqu'au 2 février où apparaît une pneumonie de la base à gauche, à laquelle le malade succombe le sixième jour. A l'autopsie, pas de péritonite. Le kyste, à parois flasques, est encore gros comme une tête d'enfant. Libre d'adhérences en avant, il est solidement fixé en arrière aux parties voisines. Un accroissement du volume du rein droit (205 grammes) compense l'atrophie de son congénère. La paroi propre du kyste, feuilletée, épaisse de 2 millimètres, se détache aisément du tissu fibreux qui l'entoure. C'est dans la partie supérieure de la rate qu'est développée la tumeur.

M. Tachard insiste au point de vue du diagnostic différentiel sur l'absence de toute anse d'intestin entre le kyste et la paroi abdominale; sur la participation de la tumeur aux mouvements d'élévation et d'abaissement du diaphragme. Les deux signes manquent d'habitude dans les tumeurs sous-péritonéales (Tillaux).

La ponction exploratrice était-elle indiquée? A-t-elle été pour quelque chose dans la production des accidents mortels? A cette question, notre confrère répond négativement, s'appuyant sur l'absence de toute inflammation de la poche dont le liquide n'avait à l'autopsie rien perdu de sa limpidité. Il croit qu'il y a eu tout simplement coïncidence, ses salles contenant au même moment plusieurs malades atteints aussi de pneumonie. Quant à la ponction aspiratrice, M. Tachard la croit parfaitement indiquée comme premier temps du traitement, puisqu'elle a parfois suffi pour amener une guérison complète.

Une discussion récente vous a rappelé combien il fallait peu compter sur le résultat parfait, mais sans attribuer à cette méthode aucune influence pernicieuse. Comme notre confrère, nous pensons que la splénectomie serait à la fois difficile et dangereuse. Si la ponction est suivie d'une reproduction du liquide, si surtout il existe des signes d'inflammation de la cavité kystique, l'ouverture large, par la paroi antérieure, avec ou sans suture de l'ouverture à la plaie pariétale, est évidemment la seule conduite à tenir. Avec les précautions voulues, on évitera la lésion du péritoine et la

chute de liquide dans la séreuse. L'élimination de la poche, l'issue des hydatides, amènera la guérison après un temps généralement assez long.

Messieurs, j'ai résumé brièvement l'observation de M. Tachard, et je vous ai communiqué ses remarques ; je vous propose : 1° de lui adresser des remerciements ; 2° de déposer son travail dans nos archives ; 3° de l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de correspondant national.

Communication.

Kystes dermiques congénitaux et fistule de la rainure coccygienne,

Par M. DESPRÉS.

J'ai eu l'occasion, cette année, d'observer deux cas d'abcès et de fistule dans le lieu spécial où j'ai déjà enlevé, en 1874¹, un kyste dermique franc par inclusion, que j'ai rattaché à un vice de développement.

Rappelons brièvement les faits. J'ai présenté moi-même à la Société anatomique une pièce se rapportant à une tumeur de la région coccygienne que j'avais enlevée à une jeune fille de 13 ans. La pièce a été examinée au microscope par M. Troisier, qui a trouvé une enveloppe intérieure contenant les éléments de la peau et un contenu exclusivement composé de lames épidermiques formant une masse avec de la matière sébacée. J'avais appelé cette tumeur : kyste dermoïde congénital par inclusion, la genèse de ce kyste devant être rapprochée des kystes dermoïdes du sourcil étudiés par M. Verneuil qui en a établi la théorie ; car ces kystes sont dus, en effet, à une irrégularité de la réunion physiologique des bords de la fente postérieure de la corde dorsale. D'autres faits analogues ont été observés depuis et présentés à la Société de chirurgie par MM. Terrillon et Lannelongue. Il y en avait bien eu un autre, communiqué ici jadis par Depaul, mais il s'agissait d'un gros kyste de la région sacrée qui nous parut être une inclusion fœtale ou une monstruosité par accolement, et cela n'avait point de rapport avec les kystes dermoïdes.

On connaissait déjà le kyste dermoïde pur ; les faits que je vous présente, et qui sont presque identiques, montrent que les kystes peuvent s'enflammer à la longue et donner lieu à une fistule.

¹ Bull. Soc. Anat., p. 502, 1874.

Une jeune fille âgée de vingt-et-un ans, lymphatique et atteinte de chloro-anémie, s'est présentée à la consultation de la Charité, se plaignant d'une tumeur à la région du coccyx. Cette tumeur était douloureuse, chaude, tendue et fluctuante. C'était la récidive d'une tumeur qui avait existé auparavant, vers l'âge de dix-sept ans, nous disait la malade, et qui serait toujours, à son dire, consécutive à un coup de pied reçu à l'âge de douze ans. A cette époque, la tumeur s'enflamma, suppura et fut suivie de la production d'une fistule qui se referma à la longue, laissant une petite cicatrice exactement placée au niveau de la dernière pièce du coccyx.

C'est à la suite des dernières règles que l'inflammation reparut.

Je diagnostiquai un kyste dermoïde suppuré; je fis une large incision qui donna issue à du pus assez mal lié; les jours suivants, il coula de la sérosité jaunâtre avec gouttelettes graisseuses. Un morceau d'amadou caustique (amadou trempé dans cette solution : eau, 100 grammes; chlorure de zinc, 100 grammes), est appliqué pour détruire la membrane interne du kyste, la suppuration s'établit franchement et la plaie se referma.

Une autre malade âgée de dix-neuf ans a été traitée à l'hôpital pour une tumeur abcédée du même genre qui, depuis deux ans, présentait des alternatives de suppuration, d'ouverture spontanée et de production d'une fistule durant environ trois semaines. Lorsque la malade vint se faire traiter à l'hôpital, on trouva une cicatrice d'une ancienne fistule exactement sur la ligne médiane au niveau du coccyx. Cette cicatrice se rouvrit sous nos yeux et une fistule s'établit donnant issue à une sérosité louche. Je diagnostiquai une fistule d'un kyste dermoïde enflammé à répétition. Je dilatai la fistule avec l'éponge préparée et cautérisai la cavité avec de l'amadou caustique. La fistule se tarit et finit par se refermer, et depuis dix mois il n'y a encore eu aucune récidive. Si celle-ci survenait, du reste, je recommencerais la cautérisation pour détruire ce qui serait resté de la membrane interne du kyste.

Chez les deux malades, on aurait pu penser à une nécrose du coccyx ou à une inflammation chronique des articulations de ses pièces. La seconde malade comme la première rattachait son mal à un traumatisme. On aurait pu penser qu'une extraction du coccyx était nécessaire. Il n'en est rien. Et c'est sur le point de diagnostic différentiel en grande partie que je désire appeler l'attention de la Société. Tout d'abord en explorant la fistule avec le stylet, on n'arrive point sur une surface osseuse dénudée, on ne pénètre point profondément. La fistule est sur la ligne médiane et non sur les côtés, et les autopsies ont démontré que les fistules ossifluentes du coccyx étaient sur les côtés, qu'elles avaient le plus souvent l'aspect de fistules stercorales de l'anus.

Quant au traitement, vous le voyez, la destruction avec le caustique est un moyen sûr et n'offrant aucun danger.

Ces deux nouveaux faits compléteront l'histoire encore récente des dermoïdes de la région coccygienne.

Discussion.

M. TERRILLON. En 1882, devant la Société de chirurgie, j'ai le premier signalé les fistules de cette région. J'ai montré que les dépressions fistulaires de la peau de la région coccygienne quand elles sont profondes, peuvent donner lieu à de la suppuration. Il y a un entonnoir cutané adhérent au sacrum où s'accumulent de l'épiderme et cette matière agglomérée produit de la suppuration comme les concrétions de l'ombilic.

Donc, l'interprétation de M. Després peut être fautive; il n'y a pas eu forcément kyste dermoïde ouvert secondairement.

Cette dépression de la peau à la région coccygienne est très fréquente chez la femme, surtout; on l'observe environ huit fois sur dix.

M. DESPRÉS. La fistule, observée par M. Terrillon, est un vice de développement, moins accusé que le kyste dermoïde. En effet, chez beaucoup d'enfants venant au monde, on trouve un pli en accent circonflexe ouvert en bas, juste au niveau du coccyx et 1 centimètre et demi au-dessus de l'anus. Au bout de ce repli, il y a un enfoncement plus ou moins profond; si de la matière sébacée et de la poussière s'y accumulent, on a alors une fistule cutanée. Mais je voulais montrer des kystes réellement formés par une inclusion de la peau pendant la vie fœtale, enflammés et transformés en fistule. Cela paraît utile pour compléter l'histoire des kystes dermoïdes coccygiens.

M. KIRMISSON. J'ai fait, cette année même, un rapport sur une observation analogue de M. Masse, de Bordeaux.

M. ROUTIER. Il y a deux ans, j'ai présenté une observation semblable à celle de M. Després. M. Terrillon a fait sur elle un rapport. Il s'agissait d'une femme.

M. DESPRÉS. Il y a une disposition normale au-dessus du sillon inter-fessier, consistant en un repli de la peau, sous forme de dépression. Celle-ci peut assurément être transformée congénitalement en inclusion dermique, en kyste. C'est de ceux-là seuls que j'ai voulu parler.

Les faits que j'ai observés sont de cet ordre : le kyste s'était enflammé.

M. SCHWARTZ. J'ai fait trois opérations de kystes sacro-coccygiens consignés dans la thèse de Courot. Ils étaient relatifs à des hommes.

Communications.

1° Kyste du tibia droit,

Par le Dr H. BOUSQUET (de Clermont-Ferrand), membre correspondant.

En septembre 1887, on nous conduisit un jeune enfant de quinze ans, dont le tibia droit était notablement hypertrophié à sa partie supérieure. Depuis deux ans environ, cet os avait commencé à augmenter de volume, on avait consulté à ce sujet tous les sorciers des environs, mais malgré les incantations et les pommades l'os rebelle avait continué à grossir.

A l'examen, on constatait une hypertrophie portant sur l'ensemble de l'os qui avait pris une forme ovoïde ressemblant, à s'y méprendre, à l'ancien *spina ventosa*. L'ensemble de la masse était dure, nulle part on ne pouvait trouver de crépitation parcheminée. L'enfant marchait encore, bien qu'avec fatigue, il avait le genou légèrement fléchi et appuyait sur la pointe des orteils. Etant donnée la forme de la tumeur et le facies du patient, nous pensons de suite à un tubercule inclus dans l'intérieur de l'os; toutefois l'absence de tout trajet fistuleux après deux ans de souffrance, nous forçait à être très circonspect sur le diagnostic.

L'enfant étant chloroformé, l'os fut attaqué avec une gouge et un maillet. Ainsi fut mise à découvert une cavité susceptible de contenir un gros œuf de poule, tapissée par une membrane énormément vasculaire. Cette cavité remontait jusque sous le plateau supérieur du tibia et contenait un liquide sanguinolent dans lequel il n'y avait aucun corps en suspension.

La membrane est enlevée avec la rugine puis avec le thermocautère, nous touchons vigoureusement la paroi osseuse ruginée et grattée.

Les mains d'un aide, appliquées en collier autour de la partie inférieure de la cuisse, nous avaient permis de faire l'opération presque à blanc, mais dès que cessait la compression, le sang coulait en abondance. Un tamponnement à la gaze iodoformée suffit cependant à l'arrêter et constitua l'unique pansement pendant toute la durée du traitement.

La guérison complète, six mois après, ne s'est pas démentie depuis.

2° Polype naso-pharyngien à prolongements multiples.

Opération. Mort,

Par le Dr H. BOUSQUET, membre correspondant.

Jeune homme de seize ans, vu en novembre 1888; une tentative

d'ablation par les fosses nasales avec le serre-nœud échoue à peu près complètement. La tumeur s'accroît très vite, elle envoie des prolongements sous le voile du palais et dans la fosse ptérygo-maxillaire. Des hémorrhagies graves obligent à pratiquer une opération radicale, l'extirpation du maxillaire supérieur précédant l'ablation du néoplasme. L'hémorrhagie en nappe fût tellement abondante que la compression de la carotide primitive dut être pratiquée, avant d'étrangler dans un serre-nœud le pédicule du polype. M. Bousquet doit poursuivre des prolongements dans les régions géniennes, temporale, et jusque dans le sinus sphénoïdal. L'opération avait duré une heure un quart, le malade était très fatigué, il succombe au bout de deux heures à des syncopes répétées. Il y a donc eu *choc* bien plus qu'anémie aiguë comme cause du décès, et cette observation ne doit pas détourner de semblables interventions. Mais au lieu d'enlever tout le maxillaire supérieur, il croit préférable de se contenter de mobiliser le nez et de le rejeter du côté opposé, puis d'enlever le vomer et les cornets, ce qui donne vers l'apophyse basilaire une voie largement suffisante, en même temps qu'on évite toute difformité.

Communication.

De la chloroformisation.

Par M. REYNIER.

Messieurs, un intérêt si grand s'attache à certaines questions qu'elles peuvent être considérées comme toujours à l'ordre du jour. La chloroformisation est de ce nombre; et au moment où une nouvelle discussion vient de s'ouvrir à l'Académie, je ne crois pas abuser du temps de la Société en venant l'entretenir du résultat de mes recherches personnelles.

Le chloroforme pur, bien administré, ne doit pas tuer, a dit Sédillot, et cette phrase a été souvent reprise, discutée par les chirurgiens, qui presque tous se sont élevés contre ce qu'elle paraissait avoir de trop absolu, en même temps qu'elle engageait trop leur responsabilité. Bien que mes observations personnelles m'entraîneraient à accepter cette opinion en entier, je ne veux pas aujourd'hui entamer pareille discussion, et je ne retiens de la phrase de Sédillot que la pureté du chloroforme, à laquelle il attachait une si grande importance; importance que signalait M. Pinnard en 1878, sur laquelle M. Lucas-Championnière revenait, en 1881, devant cette Société, et qu'ont admise presque tous les chirurgiens à sa suite.

Cependant, si tous sont convaincus de la nécessité de se servir

d'un chloroforme pur, on me permettra de dire que tous ne s'en préoccupent pas encore au même degré. Tandis que quelques-uns s'inquiètent scrupuleusement de la provenance du chloroforme, mettent leur confiance dans quelques pharmaciens privilégiés, ou vont jusqu'à recourir à certains chloroformes étrangers, beaucoup acceptent le chloroforme tel qu'on peut l'avoir dans la majorité des pharmacies, se contentant de spécifier sur leur ordonnance chloroforme anesthésique, et se reposant sur le pharmacien pour l'avoir pur.

A l'hôpital, c'est de la pharmacie centrale que nous acceptons aveuglément le chloroforme, qui doit nous servir; et peu d'entre nous, au moment d'opérer, s'inquiètent de la pureté du chloroforme, que la sœur ou la surveillante, voire même le garçon de salle nous remettent, après l'avoir reçu plus ou moins longtemps auparavant des mains de l'interne en pharmacie.

C'est contre cette confiance trop absolue dans le pharmacien que je viens aujourd'hui protester, demandant que nous prenions encore plus de garanties pour être sûrs de l'anesthésique que nous devons manier.

En ville, le chloroforme, tel qu'on se le procure dans la majorité des pharmacies, est rarement chimiquement pur. Presque toujours il est légèrement altéré, et il ne saurait en être autrement.

Aucun pharmacien ne fabrique lui-même son chloroforme. Il le prend dans deux ou trois grandes maisons de produits chimiques qui, elles-mêmes, ne le fabriquent généralement pas, mais se contentent de le rectifier. Certaines maisons, comme celles d'Adrian, de Billault-Billaudot, apportent un soin tout particulier à cette rectification; et c'est à juste titre que le chloroforme qui en sort a une réputation qui le fait préférer par la majorité des pharmaciens et des chirurgiens.

Mais si le chloroforme est pur, sortant de ces maisons, par sa nature même il peut cesser rapidement de l'être.

Les expériences de Personne, de Regnault, de Roux, de Marty nous ont montré combien était grande l'instabilité de ce corps.

Exposé à la lumière en présence de l'air (agissant par son oxygène), le chloroforme se décompose en quelques heures, quelques jours, suivant que la lumière est diffuse ou directe, en acide chlorhydrique et gaz chloroxy-carbonique.

Les expériences suivantes dues à M. le professeur Regnault, répétées par Marty méritent à cet égard d'être rappelées.

Du chloroforme chimiquement pur, soumis à l'influence de l'air et de la lumière, n'a pu être conservé que deux jours à la température de l'été, cinq jours à la température de l'hiver.

Il a suffi de l'exposition à la lumière diffuse pendant une demi-

journée seulement pour que le chloroforme se trouvât altéré au bout d'un mois, et présentât les réactions de l'acide chlorhydrique et chloroxy-carbonique.

J'ai fait moi-même examiner par M. Vicario, qui m'a prêté son concours et son expérience de chimiste pour ces recherches, des bouteilles de chloroforme, que j'avais conservées chez moi dans un meuble, à l'abri de la lumière, et dont je ne m'étais servi qu'une fois pour endormir des malades. Dans toutes ces bouteilles, le chloroforme qui avait été rectifié la veille du jour où je m'en étais servi et qui n'avait vu la lumière que le temps d'une chloroformisation, s'était altéré au contact de l'air qui avait pénétré dans le flacon. Ce fait montre le danger qu'il y a à employer deux fois de suite du même chloroforme.

Dans ces conditions, on comprend que les pharmaciens, dont la vente n'est pas très active, et c'est le cas habituel pour les agents anesthésiques, ne puissent jamais garantir leur chloroforme, à moins de l'avoir reçu rectifié de la veille.

Il leur faudrait prendre des précautions multiples qui sont difficiles à prendre, et qui, je crois, sont rarement prises; ainsi ne devraient-ils accepter le chloroforme des maisons qui le leur fournissent, que dans des flacons de 60 à 100 grammes, absolument privés d'air; ils éviteraient ainsi de puiser toujours au même flacon au risque d'y faire entrer les deux agents de décomposition : *air* et *lumière*.

Dans les hôpitaux, les mêmes remarques peuvent être faites. Le chloroforme tel que nous le donne la pharmacie centrale, qui, je le reconnais, ces derniers temps y apporte tous ses soins, peut être parfaitement rectifié. Mais, dans les laboratoires de pharmacie, les manipulations que lui font subir les internes en le transvasant dans les flacons qui doivent servir à la chloroformisation, peuvent au bout d'un certain temps altérer la provision, à laquelle on puise pour les besoins journaliers. Dans les hôpitaux, où la chirurgie est très active, cette provision est rapidement usée, et par suite renouvelée; le chloroforme n'a donc pas le temps de s'altérer. Mais dans les hôpitaux où le nombre des opérations est moindre, il n'en est plus ainsi. Et pendant mes pérégrinations de chirurgien du bureau central, j'ai pu faire ainsi la remarque que dans certains hôpitaux, toujours le chloroforme était bon, tandis que dans d'autres il occasionnait de nombreux ennuis.

Je fais encore observer que, bien souvent, le chloroforme, qui a servi, qui est rarement dans des flacons de verre coloré, est conservé pour une seconde opération, qui peut n'arriver que plusieurs jours après, entre les mains d'une sœur ou d'une surveillante plus ou moins soigneuse. Pour mon compte personnel, j'ai

manqué, il y a deux ans, perdre un malade, auquel je fis la trachéotomie pour remédier à un spasme de la glotte, provoqué par un chloroforme impur servant, à mon insu, pour la seconde fois, et qui s'était altéré rapidement à la température de l'été.

L'importance de la pureté du chloroforme est, en effet, considérable.

En 1878, M. Pinard faisait la remarque que le chloroforme de l'hôpital de la Maternité provoquait fréquemment des quintes de toux, qui ne se produisaient pas lorsqu'il se servait du chloroforme que lui procurait son frère.

En 1882, M. Lucas-Championnière accusait nettement les impuretés du chloroforme d'occasionner la toux et les vomissements.

Aujourd'hui, nous avons l'explication de ces accidents. Si le chloroforme impur peut être décelé par les analyses, nous avons pour le reconnaître un réactif au moins aussi sûr, si ce n'est plus, que les réactifs chimiques, dans la sensibilité de nos muqueuses, en contact avec lui.

La moindre trace de gaz chloroxycarbonique, ou d'acide chlorhydrique détermine une irritation de cette sensibilité qui se traduit par des actes réflexes nombreux, se produisant au début de la chloroformisation, alors que l'anesthésie n'est pas complète.

La première manifestation est la toux qui se produit dès les premières inspirations, et comme cette toux ne se produit jamais lorsque le chloroforme est pur, je n'hésite plus, dès que je l'entends, d'accuser les impuretés de l'anesthésique.

Cette toux peut être suivie de spasmes respiratoires portant soit sur les muscles de la glotte, ainsi que le prouve l'observation citée plus haut, soit sur les muscles qui meuvent la cavité thoracique. C'est ainsi que nous voyons survenir ces arrêts de la respiration du début de la chloroformisation, arrêts qui retardent tant l'anesthésie, la compliquent et la rendent dangereuse.

Cette irritation des muqueuses se traduit encore souvent par une hypersécrétion salivaire ou bronchique. La première donne lieu à une abondance considérable de salive qui, régurgitée, provoque des vomissements. La seconde peut occasionner des phénomènes d'asphyxie qui, bien que rares n'en peuvent pas moins exister, malgré l'avis contraire de M. Perrin, qui les nie. A l'hôpital Saint-Louis, je me suis trouvé en présence d'un cas d'hypersécrétion bronchique très abondante qui me donna de l'inquiétude. Le malade n'avait pas de bronchite antérieure, et cette hypersécrétion était manifestement provoquée par un chloroforme altéré qui, dès le début, avait donné lieu à des quintes de toux répétées.

Sur les chiens, dans les laboratoires où le chloroforme est presque toujours altéré, vu qu'on ne le renouvelle pas souvent, ces accidents sont particulièrement fréquents. Pour mon compte personnel, je suis bien porté à croire que cette grande susceptibilité des chiens au chloroforme est attribuable surtout à la mauvaise qualité du chloroforme dont on se sert pour les endormir. Tandis que j'ai perdu successivement deux chiens endormis dans mon laboratoire de physiologie avec le chloroforme de ce laboratoire, j'ai pu faire de nombreuses chloroformisations de chiens à l'hôpital Broussais, avec le chloroforme hospitalier, sans avoir jamais eu d'accidents.

Et puisque je parle des expériences de laboratoire, je citerai encore une expérience bien vulgaire, qui montre combien il est important d'avoir du chloroforme le moins irritant possible.

Pour produire un arrêt de la respiration sur le lapin, il suffit d'approcher de l'animal une éponge remplie de chloroforme. Dans ces conditions, on peut voir se produire un arrêt du cœur. Ainsi s'expliquent les syncopes précoces, si dangereuses, qui se produisent au début de la chloroformisation, aux premières inspirations, et qui sont dues à l'action du chloroforme sur la muqueuse des premières voies respiratoires. Avec le chloroforme pur ces réflexes deviennent exceptionnels; je serais tenté de dire, ils ne se produisent plus.

Depuis deux ans, en ville, je me sers de chloroforme *rectifié de la veille*, conservé à l'abri de la lumière dans des flacons de verres colorés, complètement pleins, et privés d'air.

Avec ce chloroforme, j'ai fait, à l'heure actuelle, 40 chloroformisations, parmi lesquelles je compte des nerveux, des alcooliques. Je n'ai jamais eu aucun des accidents que je viens de signaler, ni toux, ni spasmes respiratoires. La chloroformisation a toujours été facile.

J'ai toujours eu le soin de faire constater le fait par un certain nombre de mes maîtres, de mes confrères, de mes élèves, que je prends aujourd'hui à témoins de ce que j'avance, et parmi eux je citerai les noms des D^{rs} Tillaux, Duplay, Cusco, Hérard, Campenon, Ozenne, Castex, Marcigney.

A l'hôpital, pendant toute une année, à Saint-Louis, j'ai fait rectifier mon chloroforme par mon interne en pharmacie, la veille du jour de l'opération, et les résultats ont été les mêmes. J'arrive donc, devant ces observations, à cette conviction absolue, qu'avec le chloroforme pur on évite la majorité des accidents du début. Il faut donc être sûr de la pureté du chloroforme qu'on emploie. Mais, pour en être sûre, est-il utile d'avoir recours à des chloroformes étrangers? Outre que nous connaissons mal ces chloro-

formes, je me méfierais de la longueur du trajet, pendant lequel le chloroforme peut s'altérer; de la difficulté relative qu'on a de s'en procurer, difficulté qui fait qu'on ne jette pas une bouteille entamée, et qu'on s'en sert pour plusieurs chloroformisations. Si c'est, en effet, du chloroforme, il doit par sa nature, tout étranger qu'il soit, être instable comme notre chloroforme français, à moins d'une légère addition d'alcool qui, M. Regnault nous l'a montré, empêche le chloroforme de s'altérer. Dans ce cas, autant mettre de l'alcool dans notre chloroforme et nous en servir.

L'expérience de ce chloroforme, légèrement alcoolisé [un milligramme d'alcool pour un gramme de chloroforme (Regnault)], n'a pas encore été faite, que je sache. A tort ou à raison, on s'en défie, et il semble préférable encore à beaucoup d'avoir du chloroforme absolument pur, sans mélange d'aucune sorte. Je suis, jusqu'à nouvel ordre, de ceux qui pensent ainsi. Il nous reste donc à savoir comment on peut être sûr d'avoir du chloroforme pur. Il suffit d'exiger du pharmacien, quel qu'il soit, chez lequel on prendra son chloroforme, de le rectifier la veille de l'opération. Cette rectification n'est pas très compliquée, et tout pharmacien peut la faire. Si on tient compte que le chloroforme qu'il a dans son officine a déjà été rectifié, que s'il s'est altéré assez pour produire quelques gaz nuisibles au malade, cette altération n'est toutefois que minime, on comprend qu'il suffira, pour avoir du chloroforme pur, de le distiller à 60° et 61°, sur du carbonate de potasse desséché; on ne récoltera ni les premiers produits de la distillation, ni les derniers dans lesquels se trouvent les produits de décomposition chloroformiques, sacrifiant ainsi un tiers du chloroforme qu'on rectifie. Une simple distillation unique ou deux ou trois fois répétée, toujours en ayant le soin de perdre les premiers et les derniers produits, pourra quelquefois suffire pour purifier le chloroforme. C'est ainsi que M. Vicario, qui m'a fait connaître ces détails de technique chimique, a toujours fait pour le chloroforme, qu'il m'a fourni. Les essais avec les réactifs ont montré que le chloroforme ainsi obtenu était chimiquement pur, et les résultats cliniques ont confirmé les résultats chimiques.

Tel est le procédé qui m'a réussi. Je tenais à le faire connaître à la Société; car c'est un moyen pratique à la portée de tout médecin, fût-il éloigné des grands centres. Avec l'aide d'un pharmacien, ou à la rigueur en distillant lui-même, il pourra toujours ainsi être sûr du chloroforme qu'il emploie.

Discussion.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. On peut effectivement établir en

principe qu'avec du chloroforme pur, bien administré, les accidents de la chloroformisation sont extrêmement rares. Il faut ajouter, qu'en effet, il est très rare d'avoir un chloroforme pur.

Dans une commission réunie par l'Assistance publique, on s'est beaucoup occupé de la pureté du chloroforme. M. Bourgoïn pensait qu'il était possible de reconnaître un chloroforme pur en prélevant sur la masse une petite quantité qu'on traiterait par le nitrate d'argent. M. Regnault est d'un avis tout opposé ; il estime qu'il faut expérimenter sur la masse entière et qu'un échantillon pourrait très mal renseigner. D'où la conclusion qu'on ne peut préparer le chloroforme qu'en petites quantités et qu'il faut le rectifier soi-même, après livraison.

A supposer que le chloroforme soit pur au moment où il est délivré, ce chloroforme s'altérera sans doute dans les heures suivantes. A ce sujet, il est bon de dire qu'il y a bien des préjugés quant au meilleur mode de conservation ; notamment, c'est dans un flacon bleu que la décomposition se fait le plus promptement, ensuite dans un flacon jaune et c'est dans un flacon incolore que la conservation se fait le mieux.

Doit-on préférer un chloroforme étranger ou un chloroforme français ? Peu importe, pourvu qu'on ait un chloroforme pur. Cette nécessité d'avoir un chloroforme pur est absolue. Avec un bon chloroforme, la chloroformisation est régulière ; avec un chloroforme impur, on a des ennuis et des accidents. Je m'en suis aperçu autrefois, en cherchant à obtenir l'anesthésie obstétricale.

Si j'avais du bon chloroforme, j'arrivais facilement à cette demi-anesthésie qu'on désire dans les accouchements naturels ; sinon, j'échouais : j'endormais trop ou pas assez. J'ai voulu savoir si la constance des bons résultats obtenus et signalés par Campbell ne tenait pas précisément à ce qu'il avait toujours le même chloroforme éprouvé, et j'ai su qu'en effet Campbell se servait d'un certain chloroforme, toujours le même, venant toujours d'un même préparateur d'Edimbourg et qu'il refusait d'anesthésier s'il n'avait pas le seul chloroforme dont il fût sûr.

Si l'on a du chloroforme impur, on est exposé à tous les accidents maintes fois décrits. J'en ai eu, non de mortels heureusement, mais d'assez graves pour m'avoir laissé un souvenir cruel et pour m'avoir engagé à ne plus me servir d'un agent anesthésique incertain.

Avec le chloroforme épuré, on peut encore avoir des arrêts respiratoires, mais de courte durée et cédant vite aux sollicitations de la respiration artificielle.

Du reste, la question physiologique de la mort par chloroformisation est des moins connues. Les physiologistes incriminent tou-

jours la syncope cardiaque. Or, la syncope est exceptionnelle. Il y a arrêt respiratoire, et généralement les battements du cœur persistent encore bien longtemps après la suspension de la respiration, qui est le danger pressant.

M. POLAILLON. Puisque le chloroforme est tellement instable qu'on ne peut jamais espérer le conserver pur, pourquoi ne pas user du mélange recommandé par M. Regnault comme inaltérable, et comprenant quatre parties de chloroforme ordinaire et une partie d'alcool. Ce mélange n'a peut-être pas toute la puissance anesthésique du chloroforme seul; l'anesthésie est plus lente, le sommeil est plus léger, le réveil est plus facile, mais, somme toute, l'anesthésie est suffisante.

J'ai essayé, par contre, le chloroforme de Spencer Wells, et, précisément, j'ai observé des vomissements extrêmement abondants.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. On peut sans doute utiliser ce mélange de M. Regnault et bien d'autres où le chloroforme est mélangé avec l'éther, par exemple. Mais là n'est pas le point discuté; nous parlons du chloroforme et de sa pureté.

M. Regnault a, du reste, conseillé, indépendamment du mélange précédent, d'ajouter au chloroforme pur un millième d'alcool éthylique, non plus pour faire mélange, mais pour fixer le chloroforme et s'opposer à sa décomposition.

M. TERRIER. Il est presque impossible de rechercher si le chloroforme est pur ou impur, sinon par l'ébullition, à un certain degré. Il faudrait que le chloroforme fût préparé spécialement en petite quantité à la fois et soigneusement, par chacun des pharmaciens en chef des hôpitaux, au fur et à mesure des besoins.

Présentation de malade.

Hydro-méningocèle volumineuse de la région occipitale chez un enfant nouveau-né.

Par M. GUÉNIOT.

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société un enfant de huit jours qui porte une tumeur très volumineuse de la région occipitale, et pour lequel je serais heureux d'avoir votre avis. Y a-t-il lieu d'intervenir par une opération? Ou bien, est-il préférable de s'abstenir? Dans le premier cas, à quelle date serait-il le plus opportun d'opérer?

Voici, sur l'état de cet enfant, quelques détails essentiels qui ont été recueillis par mon interne, M. Chavanne :

Le 16 juillet dernier, à minuit et demi, la nommée T..., primipare, est apportée à la Maternité, sur un brancard, avec son enfant. Elle remet la carte d'un médecin de la ville, qui déclare qu'elle est accouchée depuis une heure environ, à l'aide d'une application de forceps. La délivrance n'a rien présenté d'anormal ; mais il existe une déchirure complète du périnée.

L'enfant, de sexe féminin, est né vivant au terme de 9 mois et pèse 2,615 grammes. Le tronc et les membres sont normalement conformés.

A la partie postérieure de la tête et descendant jusque sur la région dorsale, existe une tumeur très volumineuse, molle et fluctuante dans tous les points. De forme ovoïde et pendante sur la région postérieure du cou, elle mesure 10 centimètres dans le sens vertical et 7 centimètres dans plus grand diamètre transversal. Son point d'origine ou base d'implantation correspond à l'os occipital, qui est largement perforé à ce niveau.

Cette tumeur est composée d'un lobe principal qui en constitue les cinq sixièmes, et d'un lobe accessoire, du volume d'une grosse noix, situé du côté droit, près du point d'attache. Quelques autres petites saillies ou bosselures, molles et fluctuantes, se remarquent sur la masse principale. Recouverte, dans sa moitié supérieure, par le cuir chevelu, la tumeur présente, sur sa partie inférieure, une large érosion de la peau.

La base d'implantation, qui se confond avec la perforation de l'occipital, est régulièrement circulaire et mesure 5 centimètres et demi de diamètre. Un sillon, profond de quelques millimètres, la sépare du reste de la tête.

Le crâne est mou dans la plus grande partie de son étendue ; les pariétaux seuls offrent une ossification assez développée. Le frontal et l'occipital, au contraire, sont très incomplets ; ce dernier surtout, en raison de la vaste perforation qui fait communiquer la base de la tumeur avec la cavité crânienne. Autant qu'il est permis d'en juger, la colonne cervicale reste intacte.

Du côté de la face, notons l'existence d'une division de la voûte palatine dans sa partie la plus reculée.

La tête, dans sa forme générale, présente un allongement en pain de sucre. Ses principaux diamètres sont les suivants : occip.-ment., 13 centimètres ; occip.-frontal, 10 centimètres ; bi-pariétal, 9 centimètres ; sous-occip.-bregm., 9 centimètres et demi.

A n'en pas douter, il s'agit d'une *hydro-méningocèle* renfermant très probablement une certaine quantité de substance encéphalique.

L'enfant ne crie pas, ses mouvements sont lents, incomplets, et sa sensibilité paraît être très émoussée. Du reste, malgré la division partielle de son palais, il s'alimente au sein et tette assez bien à l'aide d'un petit instrument spécial (tetterelle de M^{me} Henry); son poids augmente chaque jour d'une manière notable.

Ajoutons que les antécédents de la mère, qui est jeune et douée d'une bonne constitution, ne révèlent rien qui puisse expliquer l'origine de ces vices de conformation.

Discussion.

M. PÉRIER. J'ai présenté à l'Académie un enfant que j'ai opéré; il avait 27 jours, c'était un méningo-encéphalocèle: j'ai disséqué la tumeur jusqu'au près du trou osseux; une fois isolée, j'ai ponctionné et ainsi diminué le volume de la tumeur. Ensuite j'ai embroché le pédicule avec catgut double et lié en chaîne comme un pédicule ovarique; j'ai excisé la tumeur, rabattu les lambeaux, suturé, pansé au salol, et l'enfant a guéri.

Il avait de la substance cérébelleuse et des portions du canal de l'épendyme dans les parties excisées.

L'enfant a perdu beaucoup de sang; il s'est rétabli vite; l'opération a duré 1 h. 1/4. Je conclus donc en conseillant à M. Guéniot l'opération.

Dans un cas de spina-bifida, je m'étais comporté de la même manière, mais j'avais d'abord tâché de réduire la moelle.

M. CHAMPIONNIÈRE. L'opération s'imposera fatalement. On pourrait attendre quelques jours tout au plus. J'ai opéré deux spina-bifida qui ont guéri. Il faut éviter la perte de sang et la perte du liquide céphalo-rachidien, qui pourraient déterminer une syncope mortelle.

Présentation de pièce.

Présentation d'une pièce relative à une fracture du crâne. Déductions sur la trépanation primitive dans ses rapports avec les localisations cérébrales,

Par M. E. KIRMISSON.

La pièce que je sou mets à la Société de chirurgie provient d'un homme qui, entré dans mon service à l'Hôtel-Dieu le 17 juillet, à la suite d'un traumatisme sur lequel nous n'avons pas eu de renseignements, a succombé le lendemain soir. Au moment où je

l'examinai, le 18 au matin, il présentait une vaste ecchymose et de l'œdème dans la région temporale et la région mastoïdienne gauche. La pression dans ces régions était douloureuse, mais elle ne faisait reconnaître aucun trait de fracture. Le malade était en proie à une agitation extrême, mais c'étaient seulement les membres du côté gauche qu'il mettait en mouvement. Au contraire, les membres supérieur et inférieur droits restaient immobiles, tout au plus le malade imprimait-il quelques légers mouvements à la racine de la cuisse et au moignon de l'épaule. Lorsqu'on soulevait le bras ou la jambe, ils retombaient inertes sur le plan du lit. En présence de ces symptômes, nous adînimes l'existence d'une fracture du crâne à gauche. La situation était évidemment fort grave; en raison de l'hémiplégie incomplète du côté droit, on pouvait songer à la trépanation. Toutefois nous rejetâmes l'idée d'intervention, pensant que l'agitation extrême du malade, l'élévation de la température, qui atteignait 39°,3, traduisaient chez lui l'existence de lésions diffuses de contusion cérébrale, bien plutôt que celle d'un foyer limité de compression. Le 18, à 4 heures, le malade mourait. L'autopsie est venue nous permettre de vérifier l'exactitude du diagnostic. Il existait à gauche une fracture détachant de la région pariétale un fragment de forme ovale, de 6 centimètres sur 10; le trait supérieur de fracture répondait à l'apophyse orbitaire externe, tandis que le trait inférieur était placé au niveau de la partie inférieure de l'os malaire. Au niveau du trait inférieur de fracture, la dure-mère était déchirée et le lobe temporal portait les traces d'un foyer profond de contusion cérébrale. Un second foyer de contusion, celui-là, par contre-coup, existait à la partie postérieure du lobe frontal droit. Du sang était épanché à la surface des circonvolutions, au-dessous de la pie-mère, il y en avait notamment au niveau de la circonvolution pariétale ascendante du côté gauche. Les lésions étaient donc diffuses, et la trépanation n'eût pu rendre ici aucun service. Mais ce que je veux faire remarquer, c'est que si l'on avait trépané, en se fondant sur l'existence de l'hémiplégie droite, et en se plaçant au niveau des zones motrices, on n'eût pas mis à découvert les lésions principales. Sans doute, on eût bien rencontré une petite quantité de sang épanché sous la pie-mère, mais le foyer de fracture et la vaste contusion cérébrale sous-jacente seraient passés inaperçus.

Tant il vrai que, dans les traumatismes crâniens récents, la diffusion des lésions, aussi bien que les irradiations à distance, empêcheront le plus souvent de recourir à la trépanation, guidée seulement sur la notion des localisations cérébrales. La trépanation primitive sera rarement indiquée, et lorsqu'elle le sera, elle se guidera bien plutôt sur l'existence d'une lésion appréciable au

dehors, plaie ou enfoncement osseux, que sur la seule notion des localisations.

Discussion.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Il va de soi que si la tête est démolie, si le cerveau est en bouillie, la trépanation n'aura aucune utilité. Des faits semblables n'ont aucune espèce de rapport avec les localisations cérébrales. Ce ne sont pas des exemples à donner.

M. KIRMISSON. J'estime qu'il faut réunir tous les faits et ne pas choisir seulement ceux qui sont favorables à une opinion. L'exemple nouveau que je fournis ne prouve rien contre la théorie des localisations, sans doute, mais il intéresse très fort la détermination de telle ou telle conduite chirurgicale.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
S. Pozzi.

Séance du 31 juillet 1889.

Présidence de M. LE DENTU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

- 1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;
- 2° Le dixième fascicule de nos *Bulletins et Mémoires* pour 1889 ;
- 3° *Atti della R. accademia dei Fisiocritici di Siena*, série LV, vol. I, fascicules 4 et 5 ;
- 4° *De la prothèse immédiate appliquée à la résection des maxillaires, etc.*, par CH. MARTIN, médecin-dentiste à Lyon (hommage de l'auteur) ;
- 5° M. HORTELOUP s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

6° Le programme du dixième congrès international de médecine, qui se tiendra à Berlin, le 4 août 1890 ;

7° *Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes de la muqueuse buccale*, par le Dr E. DE LARABRIE (de Nantes) (Commission : MM. Jalagnier, Marchand et Monod, rapporteur) ;

8° *De la trépanation dans l'épilepsie*, par le Dr H. DUMAS.

A propos du procès-verbal.

M. CHAMPIONNIÈRE. J'ai l'honneur de déposer sur le bureau une thèse récente du Dr Jean Dumas sur l'*Épilepsie traitée par la trépanation*. Je recommande ce travail, dans lequel la médecine opératoire a été fort bien traitée et qui contient une partie des faits que j'ai opérés. En outre des cas d'épilepsie symptomatiques, j'ai aujourd'hui treize opérations d'épilepsie dite idiopathique très satisfaisants au point de vue opératoire. Quelques-unes sont favorables aussi pour la thérapeutique.

Rapport.

Note sur le traitement des fibromes par l'électricité.

Rapport par M. LE DENTU.

M. LE DENTU fait un rapport oral sur une note de M. Onimus, relative au traitement électrique des fibromes utérins. M. Onimus rappelle qu'il considère comme suffisante l'application des rhéophores extérieurement sur la paroi abdominale, qu'il recommande de choisir pour les séances l'époque des règles et le moment où il y a des hémorrhagies, de faire des séries de séances séparées par des intervalles. Il ajoute que le but à poursuivre est surtout d'arrêter les pertes, et que l'on obtient en même temps un autre résultat, c'est de supprimer ou de diminuer les douleurs.

Nous ne devons pas oublier que, par ses travaux sur l'électricité médicale, M. Onimus a contribué à la vulgarisation de l'application des courants continus au traitement des fibromes utérins, mais les conclusions que l'on peut poser aujourd'hui s'éloignent notablement de celles de M. Onimus. Même avec les faibles intensités, il est certain que l'on obtient des résultats plus complets par l'application d'un pôle sur ou dans le col utérin, que les séances

doivent avoir lieu plutôt pendant les périodes inter-menstruelles, mais qu'il ne faut pas se laisser arrêter par les métrorrhagies. De sorte que, tout en tenant compte des observations de M. Onimus relativement au procédé qui a réussi entre ses mains, je crois, pour mon compte, qu'en général il vaut mieux appliquer les règles qui se rapprochent plus ou moins de la méthode de M. Apostoli, sauf réserve pour l'intensité des courants, que les malades ne supportent pas toujours très bien.

Discussion.

M. DESPRÉS. J'ai suivi dans les *Bulletins* la discussion. Je n'ai pas sur ce point d'autre expérience personnelle que l'étude des malades traitées par d'autres chirurgiens. J'ai observé chez elles, je dois le dire, un accident fâcheux qui n'a pas encore été signalé: l'électrisation avait donné lieu à des sensations voluptueuses et à des sécrétions exagérées qui les avaient fort anémiées.

On a signalé des corps fibreux de l'utérus *intermittents*. Ces faits-là sont relatifs sans doute à des hémorrhagies interstitielles qui augmentent momentanément le volume de la tumeur. Les améliorations signalées ne seraient-elles pas des coïncidences de ce genre?

Rapport.

Sur un travail de M. Pousson (de Bordeaux) ayant pour titre :
Traitement chirurgical des néoplasmes perforants de la voûte du crâne,

Par M. E. KIRMISSON.

Messieurs, sous le titre de : *Traitement chirurgical des néoplasmes perforants de la voûte du crâne; résultats; manuel opératoire*, M. le D^r Pousson, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, vous a adressé un mémoire dont le point de départ est dans une observation personnelle à l'auteur. Je dois tout d'abord vous rendre compte, aussi brièvement que possible, de cette observation.

Il s'agit d'une femme de 74 ans qui, un mois avant d'être opérée par M. Pousson, avait subi l'ablation du sein gauche pour un épithélioma compliqué d'envahissement des ganglions axillaires. Un an et demi auparavant, en même temps qu'elle avait remarqué l'apparition de sa tumeur du sein, cette femme avait noté l'augmentation de volume d'une loupe qu'elle portait depuis

longtemps déjà au niveau du pariétal gauche. Au moment où M. Pousson pratiqua l'examen de cette tumeur épicroânienne, son diamètre antéro-postérieur mesurait 7 centimètres, tandis que le diamètre transverse atteignait 4 centimètres et demi. La tumeur occupait l'angle postérieur et supérieur du pariétal. Elle présentait des battements et un mouvement d'expansion tout à fait comparables à ce qu'on trouve dans les tumeurs anévrysmales ; mais on n'y constatait ni souffle, ni réductibilité. Le diagnostic porté par M. Pousson fut celui de : kyste sébacé ayant subi la dégénérescence épithéliomateuse, et formant une tumeur très vasculaire, peut-être en communication avec la cavité crânienne, mais ayant certainement envahi l'os auquel elle adhère très fortement. On constatait un affaiblissement notable de la motilité dans les membres du côté opposé, c'est-à-dire du côté droit, et un peu de gêne de la parole. Tourmentée par de violentes douleurs de tête, la malade réclamait une opération. Celle-ci fut pratiquée le 8 juin 1887.

Après ablation d'une tranche elliptique de peau mesurant un centimètre et demi environ dans sa plus grande largeur, la tumeur fut mise à nu. L'écoulement sanguin abondant fut arrêté, soit au moyen de pinces hémostatiques, soit par la compression. Dès que la tumeur fut isolée de ses connexions avec le périocrâne, les battements cessèrent complètement dans son intérieur. Toutefois, pour éviter une nouvelle perte de sang, la tumeur fut enlevée au moyen du thermocautère. On put constater alors qu'il existait une large perte de substance osseuse ; la dure-mère était saine ; mais à peine la tumeur fut-elle enlevée que le cerveau coiffé de ses méninges vint faire hernie à travers l'orifice osseux, constituant une saillie presque aussi volumineuse que celle du néoplasme opéré. Aussi la peau conservée fut-elle à peine suffisante pour recouvrir l'encéphale. La suture de la plaie fut faite à la soie phéniquée ; un drain fut placé dans l'angle postéro-inférieur, et on appliqua un pansement de Lister.

Immédiatement après l'opération, la malade présenta un collapsus assez marqué, la température tomba à 36°. Elle se releva bientôt, et les choses parurent prendre une marche favorable ; mais le quatrième jour des accidents fébriles éclatèrent ; le thermomètre monta à 39°,8. Le pansement enlevé, on constata que le cerveau s'était affaissé, laissant entre la face externe de la dure-mère et le périocrâne une large cavité suppurante. On désunit les lèvres de la plaie, on pratiqua un lavage abondant et un pansement ouvert. Immédiatement l'état de la malade s'améliora ; la température tomba à 37°,5 ; mais la cicatrisation de la plaie fut très lente. Elle n'était complète qu'au bout de la sixième semaine.

Si l'intervention dont je viens de vous rendre compte eut un succès opératoire, elle ne présenta, au point de vue thérapeutique, qu'une efficacité des plus médiocres. Bientôt, en effet, on nota la réapparition des douleurs. Il n'y eut aucune modification favorable dans les troubles moteurs et dans la gêne de la parole. Trois mois après l'opération, une néoplasie épithéliale se montrait sur le sommet du front du côté gauche; enfin, dix mois plus tard, la récurrence se produisait au niveau du point opéré. Pendant tout ce temps, la cicatrice du sein restait intacte, et un an après la santé générale de la malade était encore remarquablement bien conservée.

A propos du fait précédent, M. Pousson étudie l'intervention chirurgicale dans les cas de néoplasmes perforants de la voûte crânienne. Il a pu en recueillir 41 observations, qui, ajoutées à celle qui lui est propre, donnent un total de 42 faits. Mais comme certains malades ont subi plusieurs opérations, M. Pousson arrive à un total de 49 interventions. Là-dessus, il compte 26 succès et 23 morts, soit une mortalité de 46.5 0/0. Mais les résultats diffèrent singulièrement, suivant le mode d'intervention auquel on a recours. C'est ainsi que l'incision, l'excision, la cautérisation, la ligature, prises en bloc, fournissent 19 observations, dont 14 morts et 5 succès. De pareils résultats sont bien faits pour nous conduire à rejeter avec M. Pousson ces divers procédés qui, du reste, ne sauraient avoir qu'une valeur curative des plus incertaines. Au contraire, l'extirpation, dont notre auteur a réuni 30 observations, fournit 22 succès et 8 morts. C'est donc à l'extirpation qu'il faudra toujours avoir recours. Se fondant sur les cas où Godlee, Horsley, Mac Ewen, sont intervenus heureusement contre des tumeurs intra-cérébrales, M. Pousson conseille l'extirpation des néoplasmes en communication avec l'intérieur du crâne, même si, pour arriver à une éradication complète, il est nécessaire de pénétrer dans l'épaisseur de la substance cérébrale. Tels sont, en effet, à l'heure actuelle, les progrès de la chirurgie oncologique que nous pouvons, je crois, adopter ces conclusions. Je vous demande, en effet, la permission de vous rappeler les résultats qui ont été communiqués, en 1888, par Mac Ewen, au congrès de Glasgow. Sur 21 cas dans lesquels il est intervenu par la trépanation, en dehors de tout traumatisme, il a obtenu 18 guérisons et 3 morts. Les morts ont été causées soit par abcès du cerveau, soit par suppuration du sinus latéral.

Sur les 18 malades qui ont guéri, il en est deux qui ont succombé ultérieurement, l'un au mal de Bright, l'autre à une tuberculose intestinale. Mais, en définitive, 16 malades guéris définitivement sur 21, c'est là une très belle proportion de succès. Il est vrai

que la plupart de ces faits n'ont pas trait à des tumeurs cérébrales, auquel cas la gravité de l'intervention est beaucoup plus grande.

Après avoir posé en principe la légitimité de l'extirpation, M. Pousson entre dans de nombreux détails relatifs à l'acte opératoire en lui-même. Il m'est impossible de le suivre dans toutes ses descriptions, je noterai seulement les points les plus importants. En ce qui concerne l'anesthésie, M. Pousson se range à la manière de voir de Horsley, qui conseille d'allier l'emploi de la morphine au chloroforme. L'avantage de cette combinaison ne serait pas seulement de rendre plus facile l'anesthésie, mais encore de déterminer une anémie cérébrale, qui modère l'hémorrhagie. Pendant l'extirpation du néoplasme, le grand danger tient en effet à la perte de sang. De là la nécessité d'inciser avec précaution la dure-mère, de ménager autant que possible les vaisseaux qui rampent dans son épaisseur, de fermer immédiatement par la ligature ou la forcipressure toutes les bouches vasculaires qui sont ouvertes. Volkmann n'a-t-il pas perdu un malade par introduction de l'air dans le sinus longitudinal supérieur? Pour l'ablation de la tumeur en elle-même, lorsqu'elle a pénétré dans l'intérieur du tissu cérébral, ses connexions avec les parties voisines sont parfois assez lâches pour qu'on puisse procéder par voie d'énucléation. Dans d'autres cas, il est nécessaire d'inciser la substance cérébrale. Horsley conseille pour cela l'usage du bistouri; grâce à la direction des vaisseaux, si l'on a besoin, dit-il, de faire ses incisions bien perpendiculaires à la surface du cerveau, on évite l'hémorrhagie; on pratique ensuite dans la cavité occupée précédemment par la tumeur un tamponnement antiseptique. M. Pousson pense que l'usage du thermocautère pourra cependant être appelé à rendre de réels services en pareil cas, et je suis tout disposé à me ranger à son avis. Parlant des suites opératoires, notre auteur insiste tout particulièrement sur cette hernie de l'encéphale qu'il a vue se produire à la suite de l'ablation du néoplasme. Il n'a pu trouver, dans ses recherches, qu'un cas analogue, c'est celui de Pauly, qui, à la suite d'une large ouverture de la cavité crânienne, vit se produire une hernie de l'encéphale. Celle-ci, du reste, n'eut aucun résultat fâcheux, et elle se réduisit spontanément. Chez la malade de M. Pousson, la hernie se produisit au fur et à mesure que la tumeur était enlevée de sorte qu'à la fin de l'opération il existait une saillie aussi considérable qu'avant l'ablation du néoplasme. Le cinquième jour après l'opération, on constata, en levant le pansement, que la réduction s'était faite spontanément, de sorte qu'il existait entre la face profonde des lambeaux et la surface de la dure-mère une cavité anfractueuse qui mit un certain temps à se combler.

M. Pousson s'étonne à bon droit de cette production d'une hernie de l'encéphale doublé de ses méninges. Il rappelle à cet égard l'opinion émise par Horsley, qui pense que cette hernie encéphalique décèle l'existence d'une tension exagérée dans l'intérieur de la cavité crânienne, et doit faire soupçonner l'existence d'une tumeur intra-cérébrale. Dans une observation que j'ai communiquée il y a quelques années à la Société de chirurgie, et où j'avais fait la trépanation du crâne chez un enfant, nous vîmes aussi le cerveau faire hernie à travers l'orifice de la trépanation. Or, à l'autopsie, on trouva une volumineuse tumeur cérébrale. Il n'est pas impossible que, chez la malade de M. Pousson, il y eût déjà une tumeur intra-céphalique; car, chez elle, l'opération n'amena aucune amélioration fonctionnelle, et, trois mois après, une nouvelle tumeur se montrait au niveau de la bosse frontale du même côté.

Tels sont, messieurs, les principaux points du mémoire de M. Pousson; il est malheureusement beaucoup trop long pour trouver place dans nos *Bulletins*.

Aussi vous proposerai-je : 1^o d'adresser des remerciements à l'auteur, en l'engageant à publier son travail; 2^o de l'inscrire en rang très honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Discussion.

M. TILLAUX. Il ne me paraît pas douteux qu'il ne faille opérer dans les cas de tumeurs du crâne bien limitées, quoique communiquant avec la cavité crânienne; j'en ai opéré moi-même.

Je demanderai à M. le rapporteur ce qu'il entend par kyste sébacé dégénéré. Est-ce un kyste ouvert et devenu secondairement épithéliomateux? Il me paraît plus vraisemblable qu'il s'agissait ici d'une tumeur carcinomateuse secondaire.

Je ne comprends pas la tuméfaction due à la saillie du cerveau qui est venue se faire après la trépanation sans incision de la dure-mère. Je ne m'en rends pas compte anatomiquement.

M. KIRMISSON. M. Pousson a cru à la transformation en épithélioma d'après ce fait que la malade portait sa tumeur depuis très longtemps.

Pour la saillie du cerveau, M. Pousson s'en est étonné, mais l'a constatée d'une façon certaine. Le fait a, du reste, été déjà noté par un auteur anglais, Horsley, comme dénotant l'existence d'une tumeur siégeant profondément. Il est possible qu'il y en eût une ici, puisque la malade continue à présenter les mêmes accidents après l'opération. J'ai moi-même présenté ici une observation où ce fait s'est montré chez un enfant.

M. MARCHAND. Je partage l'opinion de M. Tillaux, il s'agissait évidemment d'une tumeur secondaire intra-osseuse du diploé.

M. TILLAUX. J'ai jugé indispensable de formuler une réserve pour qu'on ne dise pas qu'il s'agit ici d'un kyste sébacé dégénéré ayant détruit les os du crâne.

Communication.

Statistique des opérations faites dans le service des baraques à l'hôpital Saint-Louis, de mai 1887 à mai 1889,

Par le Dr J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

La statistique n'a de valeur, selon moi, que lorsqu'elle porte sur de gros chiffres. Aussi je me propose de vous présenter bientôt une étude d'ensemble sur mes statistiques en général. Mais, en attendant ce travail, j'ai pensé qu'il pourrait être utile de vous présenter une statistique partielle qui peut être comparée à celles de plusieurs de nos collègues.

Je tiens à vous faire remarquer, avant de faire mon énumération, que les conditions dans lesquelles j'opère ne sont pas du tout celles qu'il est de mode de considérer comme rigoureusement nécessaires. J'ai des baraques en bois, des lits trop serrés, des rideaux, des poêles pour le chauffage. Je n'ai ni tablettes de verre, ni appareils d'irrigation, ni étuve à stériliser. Ma table d'opération n'est ni en verre ni en métal. C'est une table de bois avec un matelas ordinaire. Elle sert à toutes les opérations, aux laparotomies comme aux autres. Toutes les opérations, du reste, se font dans une salle commune avec autant d'assistants qu'il peut en entrer.

Je continue à croire et à démontrer que la splendeur du milieu et la richesse du matériel antiseptique ne sont rien, tandis que la méthode et la foi du chirurgien dans l'antisepsie sont tout.

J'ai pris, en mai 1887, le service des baraques dans les conditions les plus mauvaises; en septembre, j'ai transporté mon service dans les baraques de variole. Les opérations que je vais vous énumérer ont été faites de mai 1887 en mai 1889. Je n'ai commencé à faire quelques laparotomies qu'en novembre 1887.

Les opérations chez les hommes sont au nombre de 324, avec 2 morts, soit une mortalité brute de 0.6 0/0. Mais je puis vous faire remarquer que si, pour les hommes comme pour les femmes, je fais une classe à part pour les laparotomies, j'élimine 4 opérations, il me reste 320 opérations n'ayant donné aucune mort.

En effet, les deux morts appartiennent à une ablation de rate et à une opération pour un kyste commun au rein et au foie.

Je ferai remarquer, en outre, que, dans ma statistique, les grandes opérations dominent. Une foule de petites, faites sans admettre le malade, ne sont pas enregistrées, et j'ai rejeté systématiquement de ma statistique toutes les ouvertures d'abcès et très petites interventions. Celles qui y subsistent ont trait à des cas très graves.

HOMMES

Amputations.

| | |
|--|---|
| Amputation de la cuisse pour gangrène..... | 1 |
| — de la jambe | 3 |
| — de l'avant-bras..... | 2 |
| des doigts..... | 6 |
| — du métatarsien avec orteil..... | 1 |

Opérations sur les os et articulations.

| | |
|---|----|
| Arthrotomies du genou : | |
| Pour corps étrangers..... | 6 |
| Pour hydarthroses..... | 4 |
| Arthrectomies du genou..... | 2 |
| — tibio-tarsienne..... | 2 |
| Désarticulation métacarpo-phalangienne du petit doigt | 1 |
| Évidement du tibia pour ostéomyélite, suite de fracture ancienne..... | 1 |
| Évidement du tibia pour ostéomyélite..... | 2 |
| — de l'humérus, séquestre, ostéomyélite..... | 1 |
| Ostéite du pied, ablation de presque tous les os du tarse... | 1 |
| Séquestre de la clavicule (évidement)..... | 1 |
| — du maxillaire inférieur pour ostéomyélite..... | 1 |
| Trépanation du tibia pour ostéomyélite | 2 |
| Ablation de l'astragale pour pied bot..... | 2 |
| Opération spéciale pour une luxation de la rotule..... | 1 |
| Ostéotomies du fémur (genu valgum) | 4 |
| Sutures de la rotule pour fracture..... | 8 |
| Trépanations des os du crâne non traumatiques | 14 |

Résections.

Les résections, comme vous verrez, sont plus nombreuses que les amputations; aucune ne donne de mort.

| | |
|--------------------------|-----|
| Résections du genou..... | 13. |
|--------------------------|-----|

| | |
|--|---|
| Résections de la hanche..... | 1 |
| — de l'épaule..... | 2 |
| — du coude..... | 2 |
| — tibio-tarsiennes..... | 2 |
| — du poignet..... | 2 |
| Résection métatarso-phalangienne..... | 2 |
| Résections d'os pour fractures..... | 4 |
| Résection de cal vicieux du tibia..... | 1 |

On peut voir, par les chiffres précédents, que toutes les opérations sur les os et les articulations, à peu près toutes grandes opérations, n'ont donné ni mortalité ni accidents quelconques; dans un seul cas, chez un enfant, j'ai observé de la suppuration pour une résection du genou.

Ligatures.

| | |
|---|---|
| Ligature iliaque externe pour anévrysme artériel..... | 1 |
| — double de la poplitée pour anévrysme artério-veineux..... | 1 |

Ces deux opérations ont donné d'excellents résultats avec résorption de fils.

Tumeurs.

| | |
|--|---|
| Mélano-sarcomes sous-maxillaires..... | 2 |
| Cancroïde lèvres..... | 1 |
| Épithélioma joue..... | 1 |
| Sarcome au-devant de la rotule..... | 1 |
| Ganglions sous-maxillaires..... | 1 |
| — de l'aisselle..... | 2 |
| Loupes du cuir chevelu..... | 6 |
| Kyste sébacé, région parotidienne..... | 1 |
| — du bras..... | 1 |
| Kystes proplités, extirpation..... | 3 |
| Lipome lombaire..... | 1 |
| — de la jambe..... | 1 |
| — du bras..... | 1 |
| Polype naso-pharyngien..... | 2 |
| Sarcome périostique genou..... | 1 |
| Thyroïdectomie, tumeur maligne..... | 1 |
| Sarcome au-devant du tibia..... | 1 |
| Végétations ano-rectales..... | 4 |

A propos de ce chapitre, je ferai remarquer qu'il est forcément incomplet et renferme surtout des opérations importantes, beaucoup de petites opérations échappant à la sta-

tistique. Plusieurs opérations de ganglions, ablation de loupes, etc., ne sont pas enregistrées, les malades n'ayant fait aucun séjour à l'hôpital.

Opérations pour hernies.

| | |
|---|-----|
| Cures radicales de hernies non étranglées | 103 |
| (se décomposant ainsi : crurales, 3; épigastriques, 3; inguinales, 97). | |
| Kélotomies pour hernies étranglées | 4 |
| Aucune de ces opérations n'a donné d'accidents. | |

Opérations sur les bourses.

| | |
|--|----|
| Varicocèles, excision du scrotum | 12 |
| Opérations pour abaisser un testicule | 1 |
| Amputation du testicule | 4 |
| Hydrocèle, ponction et injection iodée | 7 |
| — , excision de la vaginale | 1 |

Là, nous n'avons placé que les cas graves; un grand nombre n'ont pas été relevés.

Opérations diverses n'ayant pas trouvé place dans la classification.

| | |
|--|---|
| Abcès de la région dorso-lombaire | 1 |
| Abcès froids, incision et grattage | 2 |

Aucune ouverture d'abcès n'est rapportée; il ne s'agit là que d'opérations considérables.

| | |
|---|---|
| Acné hypertrophique, décortication du nez | 2 |
| Bec-de-lièvre (adulte) | 1 |
| Circoncisions | 5 |

Beaucoup d'opérations de circoncision n'ont pas été enregistrées.

| | |
|---|----|
| Corps étranger de l'œil, cuivre en fusion, opération grave .. | 1 |
| Déviation de la cloison du nez | 2 |
| Extirpations d'hémorroïdes, toutes faites avec le thermocautère | 7 |
| Fistules anales (même procédé) | 18 |

Beaucoup de ces opérations n'ont pas été enregistrées.

| | |
|--------------------------------------|---|
| Kyste synovial sus-malléolaire | 1 |
| Lithotritie | 1 |
| Luxation de l'épaule | 6 |

| | |
|--|-----|
| Luxation du coude (relevé très incomplet)..... | 1 |
| Ongles incarnés..... | 3 |
| Kyste de la région sus-hyoïdienne..... | 1 |
| Laryngotomie..... | 1 |
| Réséction d'un prépuce déformé par un paraphimosis..... | 1 |
| Réséction d'épiploon dans une plaie pénétrante..... | 1 |
| Staphylorrhaphie..... | 1 |
| Kyste du poignet à grains riziformes (ouverture, réséction et curage)..... | 1 |
| Taille hypogastrique..... | 1 |
| Uréthrotomie interne..... | 2 |
| Total..... | 320 |

Laparotomies.

| | |
|--|-----|
| Ablation de la rate (1 mort)..... | 1 |
| Kyste hydatique du foie..... | 1 |
| Kyste ancien du rein droit et du foie, ouvert; ablation de deux côtes: ouverture large; mort d'épuisement et de congestion pulmonaire..... | 1 |
| Laparotomie exploratrice pour tumeur du ventre..... | 1 |
| Total général..... | 324 |

Voilà le seul chapitre qui ait donné une mortalité quelconque. On peut voir qu'il serait ridicule d'imputer à la chirurgie une mortalité quelconque ou de comparer cette statistique, sans retirer ces cas, à celle des chirurgiens qui ne font jamais de chirurgie abdominale.

Les femmes présentent, pour la chirurgie générale, beaucoup moins d'interventions : 144 opérations avec 2 morts. Ces 2 morts méritent une mention. Une vieille femme opérée pour une hernie étranglée, et qui ne s'est pas relevée. Une femme amputée du sein, guérie complètement, est prise d'érysipèle de la face et meurt en quatre jours, dix-huit jours après l'opération.

A l'autopsie, on constate qu'il y avait dans les poumons des tubercules en abondance. Cette femme m'avait été adressée par un de nos collègues médecins qui m'avait écrit qu'en dehors de son cancer elle ne présentait aucune tare organique.

Cela donnerait une proportion brute de 1.38 0/0.

FEMMES

Amputations.

| | |
|------------------------------|---|
| Amputation de la cuisse..... | 1 |
| — des orteils..... | 2 |

| | |
|---|---|
| Arthrectomie du genou | 1 |
| Séquestre du fémur (résection, évidemment)..... | 1 |
| Ostéotomie du tibia pour déformation..... | 2 |
| — du fémur, genu valgum..... | 2 |
| Sutures de la rotule pour fractures..... | 3 |
| Trépanations des os du crâne traumatiques | 1 |
| — non traumatiques..... | 6 |
| Ablation de l'astragale pour pied bot..... | 2 |

Résections.

| | |
|---------------------------|---|
| Résections du coude | 3 |
| — du genou..... | 7 |
| — du poignet..... | 2 |
| — tibio-tarsienne..... | 1 |

Anévrysme.

| | |
|---|---|
| Anévrysme de la radiale. Extirpation du sac | 1 |
|---|---|

Tumeurs.

| | |
|---|---|
| Angiome veineux de la lèvre (thermocautère)..... | 1 |
| Cancroïde de la lèvre inférieure (ablation)..... | 1 |
| Épithélioma de la vulve (extirpation jusque dans le vagin)... | 1 |
| Exostose sous-unguéale..... | 1 |
| Sarcome de la joue | 1 |
| Ganglions sarcomateux de l'aisselle | 1 |
| — sous-maxillaires | 6 |
| — de la région parotidienne..... | 2 |
| Loupes du cuir chevelu | 1 |
| Kyste du dos..... | 1 |
| — ganglionnaire suppuré du cou | 1 |
| — maxillaire inférieur..... | 2 |
| Lipome de la fesse | 1 |
| Lipomes de la région lombaire | 2 |
| Nævus de la joue..... | 1 |
| Polypes utérins, ablation aux ciseaux | 3 |
| Spina-bifida (extirpation du sac)..... | 1 |
| Thyroïdectomie (goître). | 1 |
| Tumeur crânienne érectile (ignipuncture)..... | 1 |
| Végétations ano-vulvaires..... | 5 |

Opérations sur le sein.

| | |
|--|----|
| Amputations du sein, 1 mort, érysipèle de la face..... | 14 |
| — partielles du sein | 4 |

Opérations pour hernies.

| | |
|---|----|
| Cures radicales de hernies..... | 12 |
| (ainsi réparties : crurales, 5 ; inguinales, 4 ; ombilicales, 3). | |
| Hernies étranglées, un cas de mort, kélotomies et cures radicales..... | 4 |
| Fibromes de la paroi abdominale, ablation avec ouverture du péritoine | 2 |

Opérations diverses.

| | |
|---|-----|
| Abcès du creux poplité..... | 1 |
| — froid de la paroi abdominale..... | 1 |
| — dentaire chronique ; opération sur la joue et le périoste | 1 |
| Adénite cervicale, ouverture, curage et chlorure de zinc ... | 1 |
| Amputation du col utérin | 1 |
| Curage et extirpation d'abcès de l'aisselle | 1 |
| Laryngotomie..... | 1 |
| Extirpation d'hémorroïdes au thermo cautère | 1 |
| Fistules anales (thermocautère) | 3 |
| — vésico-vaginales | 4 |
| Fistule recto-vaginale | 1 |
| Kyste à grains riziformes du poignet, incision et curage. ... | 3 |
| — synovial ; extirpation | 2 |
| — poignet..... | 5 |
| Kyste de la glande de Bartholin..... | 1 |
| Luxation épaule | 1 |
| Ongles incarnés | 3 |
| Phlegmon et lymphangite de la main, incision..... | 1 |
| — du bassin | 1 |
| Suppuration du bassin | 1 |
| Synovite fongueuse..... | 1 |
| Total général..... | 146 |

Opérations abdominales chez les femmes.

J'ai mis à part pour les femmes, dans une statistique spéciale, les opérations abdominales. Je crois qu'il est très rationnel de séparer ces opérations des opérations d'autre nature, à cause d'un mode de léthalité qui leur est propre. Même si on veut apprécier, dans une juste mesure, les chances de ces opérations, on ferait bien de déterminer une classe à part des opérations qui sont sujettes à des accidents. J'aurais alors tout un groupe de laparoto-

mies, groupe considérable, où la mortalité est absolument nulle.

Je ferai remarquer que j'ai supprimé, dans mon service, toute distinction entre ces opérations et les autres; pas de pavillon spécial, la salle commune, le quatrième ou le cinquième jour, après pansage dans une petite chambre. Aucun aide spécial pour les instruments.

PREMIER GROUPE.

| | |
|--|----|
| Opérations pour ovario-salpingites..... | 51 |
| — pour adhérences..... | 7 |
| Laparotomies exploratrices..... | 3 |
| Laparotomie pour étranglement interne..... | 1 |
| Néphrorrhaphies..... | 3 |
| Laparotomies pour kystes hydatiques..... | 2 |

L'une a été faite à travers la paroi abdominale, l'autre à travers la paroi costale.

| | |
|-----------------------|-----------|
| Ventro-fixations..... | 4 |
| Total..... | <u>71</u> |

Ce premier groupe comprend 71 cas de laparotomies sans un cas de mort.

DEUXIÈME GROUPE.

Les opérations qui ont donné des morts sont les suivantes :

| | |
|--|----|
| Ablations d'annexes pour corps fibreux (avec 2 morts)..... | 15 |
|--|----|

Encore faut-il remarquer que ces deux morts se rapportent à des circonstances bien spéciales. Une femme morphinomane ayant des foyers de suppuration des deux côtés de l'utérus est morte le 10^e jour du tétanos. Une femme qui, depuis longtemps, avait des évacuations de pus et de sang par le rectum est morte trois mois et demi après l'opération, guérie depuis trois mois de la laparotomie; ces accidents de suppuration rectale s'étaient renouvelés, et la malade s'affaiblit peu à peu.

| | |
|---|----|
| Ovariectomies pour kystes de l'ovaire (avec 2 morts)..... | 28 |
|---|----|

Ici encore, on peut remarquer qu'il s'agit de deux cas exceptionnels. Une malade avait un kyste dermoïde suppuré; elle avait aussi un eczéma fétide des cuisses. Elle paraît avoir été infectée par cet eczéma; elle mourut le huitième jour. Elle avait eu de l'élévation de température et de la péritonite. Le deuxième cas de mort d'ovariotomie a trait à

une femme présentant une tumeur très complexe ponctionnée un grand nombre de fois. Deux des kystes étaient supprimés. Elle avait, en outre, un corps fibreux volumineux. Elle mourut le cinquième jour, sans s'être bien relevée. Elle avait certainement été infectée par les ponctions qu'elle avait subies. C'était, du reste, un cas très grave; elle était dans un état très misérable, et plusieurs chirurgiens avaient refusé de l'opérer.

Tumeurs végétantes des ovaires avec ascite (avec un cas de mort)..... 7

Je ferai remarquer qu'il s'agit là d'une série très heureuse. Tous les ovariologistes admettent l'énorme mortalité des opérations pour les lésions de ce genre, et je considère cette faible mortalité comme un des grands progrès que j'ai obtenus depuis deux ans.

Ablations de gros corps fibreux et hystérectomie abdominale (avec 3 morts)..... 7

Cette grosse mortalité n'a rien qui doive étonner, quand on réfléchit que je n'ai fait ces opérations que pour des cas déplorables. Une opérée est morte plus de trois mois après l'opération. C'était une opération incomplète avec conservation d'une grande poche drainée; les deux autres femmes mortes ont succombé au choc. Toutes deux avaient d'énormes corps fibreux sous-péritonéaux donnant lieu aux phénomènes les plus graves; dans les deux cas, les corps fibreux contenaient au centre de grands épanchements sanguins, et, dans le dernier, le rein droit, qui fut enlevé au cours de l'opération, était transformé en un énorme kyste hématique.

Total..... 57

De toutes ces opérées, un seul cas, celui d'une ovariectomie, pourrait être attribué à une complication opératoire.

Nous avons donc eu, en un an et demi, 128 laparotomies chez les femmes, toutes celles de la première série sans décès, et pour celles qui ont donné des morts, les proportions brutes suivantes :

| | |
|--|----------|
| Kystes de l'ovaire..... | 7.14 0/0 |
| Ablation d'annexes pour corps fibreux..... | 13.3 |
| Cancers de l'ovaire avec ascite..... | 14.28 |
| Gros corps fibreux avec hystérectomie..... | 42.85 |

Il suffit de faire sur ces chiffres bruts une remarque qui montre combien il faut se défier des chiffres sans commentaires.

L'ablation des annexes pour corps fibreux, grâce à deux cas tout à fait exceptionnels, donne la même mortalité que l'opération pour cancer de l'ovaire.

Statistique des grandes opérations.

Je crois que les statistiques raisonnées peuvent seules donner des idées sur les chances des opérations. J'ai groupé dans le chapitre suivant de grandes opérations empruntées aux hommes et aux femmes, opérations dans lesquelles le terrain était bien souvent mauvais, mais ne présentait pas les tares irrémédiables rencontrées dans certaines opérations. C'est aussi une manière d'écarter de notre appréciation toutes les petites opérations qui encombre et fournissent les statistiques dites intégrales.

STATISTIQUE GÉNÉRALE.

| | |
|---|------------|
| Amputations de la cuisse, dont une pour gangrène..... | 2 |
| — de la jambe..... | 4 |
| — de l'avant-bras..... | 2 |
| Résections du genou..... | 20 |
| — du coude..... | 5 |
| — de l'épaule..... | 2 |
| — du poignet..... | 4 |
| — tibio-tarsiennes..... | 2 |
| Sutures de rotule pour fractures..... | 11 |
| Arthrotomies du genou (dont 6 pour corps étrangers)..... | 10 |
| Arthrectomies du genou..... | 3 |
| — tibio-tarsiennes..... | 2 |
| Ostéotomies du fémur..... | 6 |
| — du tibia..... | 2 |
| Tarsectomie pour pied bot; ablation d'astragale avec d'autres os du pied..... | 4 |
| Trépanation du crâne, traumatiques..... | 20 |
| — traumatique..... | 1 |
| Cure radicale hernies non étranglées..... | 115 |
| Thyroïdectomies..... | 3 |
| Grenouillette exophthalmique..... | 1 |
| Opérations pour anévrysmes (ligatures de l'iliaque externe de la poplitée, extirpation d'un sac huméral)..... | 3 |
| Varicocèles; extirpation, résection du scrotum..... | 12 |
| Total..... | <u>234</u> |

Ces 234 grandes opérations, qui n'ont donné aucun cas de mort, me paraissent devoir donner de la chirurgie antiseptique une idée

beaucoup plus juste que les statistiques où l'on mélange les petites opérations aux grandes et où on finit par noyer la mortalité de la grande chirurgie.

En somme, de quelque façon qu'on prenne cette statistique, on trouve 320 opérations hommes, 146 femmes, 128 laparotomies femmes et 4 laparotomies hommes.

Les 466 opérations avec 2 morts représentant une chirurgie courante très active ont donné une mortalité brute de 0.4 0/0.

Les 128 laparotomies contenant les opérations les plus graves, des opérations *in extremis*, auraient donné une mortalité brute de 6 0/0.

Présentation de malade.

Amputation médio-tarsienne par la méthode en raquette,

Par M. PAUL BERGER.

Vous pouvez constater que ce malade marche avec une aisance qui ferait douter que l'on eût pratiqué sur lui une amputation : j'ai dû néanmoins lui faire subir, le 1^{er} juin dernier, l'amputation médio-tarsienne (Chopart) pour un mal perforant grave qui avait déjà nécessité plusieurs opérations. On ne pouvait adopter le procédé du lambeau plantaire ; j'ai donc eu recours à la *méthode en raquette* telle qu'elle a été préconisée pour cette opération par mon maître Denonvilliers : voici comment est réglé ce procédé qui n'a pas été décrit jusqu'à présent, que je sache :

On dessine une raquette dont la queue correspond à la face dorsale du pied, commençant au niveau de la tête de l'astragale.

L'incision s'incline alors sur le côté interne du pied pour le couper au niveau de l'articulation du premier métatarsien avec le cunéiforme ; elle passe transversalement sous la face plantaire du pied en comprenant toute l'épaisseur des parties molles jusqu'au squelette ; elle atteint le bord externe du pied vers le milieu du cinquième métatarsien ; à partir de ce point, elle redevient dorsale et va rejoindre son point de départ un peu en avant de la tête de l'astragale. Les parties molles sont rapidement disséquées et la désarticulation se fait comme dans la méthode ordinaire.

Cette opération est d'une exécution très simple : elle s'applique à tous les cas où, par le fait des altérations des parties molles, la méthode du lambeau plantaire ne peut être mise en usage. On pourrait croire qu'elle laisse une cicatrice terminale, située à l'extrémité du moignon ; vous pouvez juger sur ce pied qu'il n'en est rien et que la cicatrice est en réalité dorsale.

Vous pouvez constater en outre que cet opéré ne présente aucun renversement du talon, que tous les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont libres. Il marche parfaitement avec une chaussure qui n'a d'autre but que de masquer la difformité. Il est venu à pied de l'hôpital Lariboisière à la Société de chirurgie.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

S. Pozzi.

Séance du 2 octobre 1889.

Présidence de M. LE DENTU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° M. GUERMONPREZ, membre correspondant national, envoie à la Société une note avec photographie : *Sur les symptômes de la fracture du calcanéum par écrasement* (voir ci-dessous) ;

3° *Un cas d'opération de kyste du pancréas*, par le Dr SOUBBOTITCH, chirurgien en chef de l'hôpital d'État de Belgrade ;

4° *Sur quatre cas d'abcès du foie traités par l'incision directe*, par le Dr CHAUVEL ;

5° Les *Bulletins et Mémoires* de notre Société, nos 6 et 7 (juillet et août) ;

6° *Spinal caries ; operative treatment ; laminectomy*, par DE FOREST-WILLARD, 1889 ;

7° Diverses brochures, par le Dr F. L. NEUGEBAUER (de Varsovie) : *Le nouveau bassin spondylolisthétisme de Breslau—spondylizéma ou spondylolisthésis ? — Casuistique de 165 fistules vésico-utérines, etc., etc.* ;

8° *Ectrodactylie symétrique*, par le Dr BAMIOT, agrégé de la faculté de Montpellier ;

9° *Journal of Proceedings of the Royal Society of New South Wales*, t. XXII, part. II, 1888;

10° *Annual report of the Board of Regent's of the Smithsonian Institution*, part. I, 1889;

11° *Mémoires de la Société russe de médecine à l'Université impériale de Varsovie*, 1889, I, 1^{er} fascicule;

12° *La méthode antiseptique chez les anciens*, par le D^r ANAGNOSTAKIS (Athènes), 1889;

13° Envoi du ministère de l'Instruction publique : congrès des sociétés savantes, discours de MM. Renan et Fallières, de M. Lockroy. *Les parlars de France — programme du Congrès pour 1890*;

14° Diverses brochures de chirurgie, par le D^r Roux (de Lausanne), correspondant étranger : *A propos de la cocaïne — Note sur la Créoline (Crésyl) — De l'accès aux organes pelviens par la voie sacrée — Opération d'Alexander-Adams*;

15° *Pronostic et traitement des anévrysmes artério-veineux*, thèse du D^r DELBET (concours du prix Duval);

16° *Kyste hydatique suppuré du foie à siège sous-diaphragmatique*, par le D^r GELLÉ (de Provins) (Commissaire : M. Segond);

17° *Deux cas de tumeur fibro-kystique suppurée de l'utérus*, par le D^r Poisson (de Nantes) (Commissaire : M. Segond).

A propos du procès-verbal.

M. Pozzi rappelle à la Société que la quatrième session du Congrès français de chirurgie se tiendra à Paris du 7 au 13 octobre. En sa qualité de Secrétaire général du Congrès, et conformément à l'usage adopté pour les précédentes sessions, il prie la Société de bien vouloir ne pas tenir de séance le mercredi 9 octobre.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

M. LE DENTU annonce à la Société la mort de M. Oré (de Bordeaux), membre correspondant national, et de M. Maurice Perrin, ancien président de la Société.

Il prononce l'allocution suivante :

« Messieurs, il y a environ un mois, les journaux annonçaient la mort de M. Maurice Perrin à la suite d'une courte maladie. Par des travaux d'une grande valeur, par la distinction de son caractère, M. Perrin s'était élevé à une haute situation, non pas seule-

ment dans la chirurgie militaire, dont il a été un des plus dignes représentants, mais aussi dans la chirurgie française.

« Sa mort a causé de vifs regrets parmi ses nombreux amis, dans l'Académie de médecine, dont il était le président. Ces regrets sont partagés par la Société de chirurgie, que M. Perrin a présidée en 1874.

« C'est pourquoi, et bien qu'un certain temps se soit écoulé depuis ce malheureux événement jusqu'à ce jour, je propose de lever la séance en signe de deuil. »

Communication.

Sur les fractures du calcanéum par écrasement,

Par M. BALLENGHIEN et M. GUERMONPREZ, correspondant national.

A l'élargissement de l'os, au déjettement du pied en dehors, à l'affaissement de la voûte plantaire et aux autres symptômes connus, on doit ajouter la déformation du tendon d'Achille. Ce tendon ne fait plus saillie comme à l'état normal au tiers inférieur de la jambe; sur les parties latérales de sa portion malléolaire on ne trouve plus les méplats qui ont été justement comparés aux saillies de la tête des chevaux. Au milieu de la jambe, la terminaison supérieure du tendon n'a plus sa forme hémicylindroïde ni sa consistance ferme; elle est étalée, ramollie, comme flétrie; la masse charnue des jumeaux interne et externe ne rebondit plus à ce niveau comme dans la saillie régulière du mollet.

Les auteurs de la communication adressent à la Société une photographie prise sur le malade dans la station debout; ils expriment le regret de n'avoir pas obtenu de bonne épreuve dans l'attitude à genoux. Ils insistent sur la nécessité de *faire agenouiller* le sujet pour bien apprécier le contraste entre les deux talons et les deux jambes, et faire facilement le diagnostic de cette fracture, qui passe encore parfois inaperçue.

La séance est levée à 3 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,

S. Pozzi.

Séance du 16 octobre 1889.

Présidence de M. LE DENTU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

- 1° Les journaux et publications périodiques de la quinzaine;
 - 2° Les *Mémoires et Bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux* pour l'année 1888;
 - 3° *Société de médecine de la Sarthe; affaire Solesmes*, rapport de la Commission;
 - 4° *Nouveaux éléments de pathologie et de clinique chirurgicales*, par les professeurs GROSS, ROHMER et VAUTRIN, de la faculté de Nancy, t. 1^{er};
 - 5° *Du gliôme de la rétine*, par le D^r LAGRANGE, agrégé de la faculté de Bordeaux (Commissaires : MM. Delens, Brun, Chauvel, rapporteur);
 - 6° MM. KIRMISSON et PRENGRUEBER, retenus par une commission de l'Assistance publique, s'excusent de ne pouvoir assister à la séance;
 - 7° M. BOURSIER, agrégé de la faculté de Bordeaux, envoie un travail manuscrit : *Cathétérisme* (Commissaire : M. Brun);
 - 8° MM. PICQUÉ et TUFFIER se portent candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante.
- MM. EHLMANN (de Mulhouse), ROBERT (armée) et DEFONTAINE, membres correspondants nationaux, assistent à la séance.

Communication.

Anévrysme poplité guéri par la compression. Persistance, après deux ans et neuf mois, d'une paralysie des extenseurs, survenue au cours du traitement,

Par M. EHLMANN, membre correspondant national.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie est de prime abord un cas banal, puisqu'il s'agit d'un

anévrisme poplité guéri par la simple compression. Mais les complications qui se sont produites au cours du traitement, et spécialement une paralysie du pied, totale pendant plus d'une année, et qui aujourd'hui, après presque trois ans, ne s'est pas entièrement dissipée encore, lui donnent, dans l'étude de la thérapeutique des anévrysmes externes, une portée d'actualité qui peut le rendre instructif.

OBSERVATION. — Henri Schæffer, 41 ans, professeur de gymnastique et d'escrime, grand, robuste; pas alcoolique, ni syphilitique; à système vasculaire sain d'apparence. Le 25 novembre 1886, dans un effort violent ayant déterminé une vive extension de la jambe, il avait voulu retenir un de ses élèves menacé d'une chute; il s'était lésé l'artère poplitée gauche. Une forte douleur avait été ressentie à ce moment dans le mollet; elle n'avait toutefois pas entravé le sujet dans son travail, et ce n'est que 15 jours plus tard, à la suite d'un nouvel effort produit dans des circonstances presque analogues, que la tumeur aurait brusquement apparu.

A son entrée à l'hôpital de Mulhouse, le 2 janvier 1887, l'état est le suivant: le creux poplité est occupé par une tumeur offrant les symptômes classiques de l'anévrysme artériel. La tension dont la région est le siège empêche d'en apprécier nettement les limites dans le sens vertical. En travers elle repousse les muscles qui bornent le creux du jarret, et donne au membre une circonférence de 42 centimètres, tandis que le côté sain ne marque que 35 centimètres. Sa réductibilité est très imparfaite. Dans la position horizontale, le membre est indolent, mais la marche est rendue difficile par les douleurs qu'elle provoque. Il n'y a pas d'enflure au pied.

Les conditions qui ont présidé au développement de la tumeur me font diagnostiquer comme probable un anévrysme diffus. Je résolus néanmoins de commencer le traitement par une tentative de compression d'après le procédé de Reid.

Trois fois dans une semaine, à partir du 4 janvier, la bande d'Esmarch fut appliquée d'après les précautions prescrites, sans qu'il fût possible de la maintenir au delà de trois quarts d'heure, il est vrai en l'absence d'anesthésie. La compression digitale qui suivait les séances ne put elle-même être tolérée plus d'une heure environ.

Après ces quelques jours, le membre était devenu douloureux. L'expansion et le souffle ne s'étaient pas modifiés d'une manière appréciable.

Je décidai d'essayer la compression indirecte; et comme le personnel dont je disposais ne m'offrait qu'une garantie médiocre pour l'exécution d'une compression digitale rigoureuse, je m'adressai au compresseur à boule élastique creuse, montée sur une bouteille remplie de grains de plomb, dont M. le professeur Trélat s'était servi avec avantage pour les deux cas qu'il a présentés en 1884 à la Société de chirurgie¹.

¹ Bull. et Mém. de la Soc. de chir., séance du 23 avril, t. X, p. 326; 1884,

Cet appareil, aussi simple que puissant, et que mon malade, après quelques séances, était arrivé à manier lui-même avec précision, réalise efficacement les éléments d'une compression à la fois continue et alternative, puisqu'il suffit d'en avoir à sa disposition un de rec-change, pour le substituer au premier, sur un autre point du trajet de l'artère, quand la peau est devenue intolérante.

La première application du compresseur eut lieu le 12 janvier; après une heure et demie, les douleurs survenues dans la cuisse et dans le mollet forçaient à l'interrompre.

Le lendemain, les phénomènes inflammatoires, qui déjà avaient débuté sous la bande élastique, s'étaient accentués notablement. Le thermomètre marquait 39°,5, pour atteindre le soir 39°,7, et se maintenir les deux jours suivants aux environs de 39°.

Après une interruption de sept jours, la température étant redevenue normale et la sensibilité moindre, reprise de la compression pendant une heure et un quart, le 21 janvier, puis, le 22 janvier, pendant une heure et demie. Nouvelle poussée fébrile. Le thermomètre, le soir du 22 janvier, indique 38°,3; le 23 janvier au matin, 40°; même température le soir; le 24 janvier, 39°,6, et pendant trois jours encore, 39°,2, 38°,5, 38°.

Repos pendant huit jours. La tumeur semble bien un peu plus résistante; mais la circonférence du jarret a augmenté; elle se rapproche de 43 centimètres. Les battements se voient toujours nettement sur les deux côtés, surtout en dehors; le souffle est, à peu de chose près, le même. Le pied et la jambe se sont fortement œdématiés.

Le 31 janvier, le compresseur est appliqué pendant une heure et demie, et le 1^{er} février, pendant deux heures, sans que cette fois il se produise de fièvre.

Mais dans la nuit du 1^{er} au 2 février, le malade, s'étant déplacé de son lit pour ramasser un objet tombé sur le parquet, est pris brusquement d'un accès violent de suffocation, avec cyanose, refroidissement et douleur profonde au côté gauche du thorax. Deux applications successives de ventouses et des injections hypodermiques d'éther ne le relèvent que peu.

Le 2 février, dyspnée encore très forte, facies pâle, anxieux, sueur froide, pouls petit. Point de côté peu intense. Température, 37°,3.

L'auscultation révèle de l'obscurité respiratoire, mêlée de râles, dans le lobe inférieur et surtout dans le lobe moyen du poumon gauche. En explorant l'aîne, on ne constate aucun engorgement du côté de la veine fémorale. Il est donc infiniment probable que la crise embolique, qui seule, à première vue, semble pouvoir fournir l'explication de cette alarme subite, a eu pour point de départ la veine poplitée. Immobilité; stimulants; ventouses; révulsifs.

Ce n'est qu'après trente-six heures que se produit une détente réelle. Les symptômes qui nous avaient tant inquiété se dissipèrent ensuite peu à peu. Le bruit respiratoire toutefois n'était redevenu net qu'au cours de la deuxième semaine. Pendant tout ce temps, la température était restée aux environs de 37°.

Je me sentais peu de courage, je l'avoue, pour persévérer dans une

voie qui semblait si mal réussir... D'autre part, pourtant, la gravité manifeste des conditions locales me faisait juger périlleuse l'intervention sanglante. Je me décidai donc, d'accord avec mes collègues MM. les D^{rs} Klippel, Frey et Schlumberger, à faire encore une tentative dernière dans le sens primitif.

Le 9 février, après une heure de compression mieux tolérée que les précédentes, nous constatons pour la première fois que les battements s'étaient affaiblis d'une façon notable et que les parois de l'anévrysme se durcissaient manifestement. Quatre jours plus tard, pendant lesquels il y avait eu une séance quotidienne de compression d'une heure et demie à deux heures, la tumeur devenait silencieuse, et le 14 février, une compression de six heures était supportée, sans plus déterminer dans le membre les douleurs vives qu'y avait toujours amenées jusque-là l'interruption de la circulation artérielle. Il y avait eu, en tout, neuf applications du compresseur, représentant, y compris la dernière, une durée totale de vingt-trois heures.

C'est à ce moment seulement qu'on s'aperçut que le pied, qui, dans les deux ou trois premières semaines du traitement, n'avait rien présenté d'anormal, et dont on avait jusque-là attribué l'immobilité à l'œdème concomitant, se trouvait totalement paralysé. Les muscles extenseurs, tout comme les muscles fléchisseurs, étaient inertes. La sensibilité paraissait complètement abolie, tant à la plante qu'à la région dorsale et jusqu'à la moitié inférieure de la jambe.

Pendant les huit semaines que le malade passa encore à l'hôpital à partir de la guérison de son anévrysme, les phénomènes paralytiques ne s'amendèrent en rien, malgré le dégorgement progressif du membre et l'emploi prudent de l'électricité et des massages. Bien plus, des troubles trophiques se déclarèrent. Deux plaies apparurent au côté externe du talon, dont l'une, en façon d'ulcère perforant, mit plus de quatre mois à se réparer.

Ce n'est qu'au bout d'un an que la sensibilité, qui déjà avait réapparu à la plante, commença à s'accuser au dos du pied. Les contractions des muscles fléchisseurs ont été également les premières à se rétablir; aujourd'hui, elles sont normales. Par contre, après deux ans et neuf mois, la paralysie des muscles extenseurs, tant du pied que des orteils, est encore à peu près complète. Le pied a conservé une forte tendance à l'œdème. Néanmoins, grâce à une botine à tuteurs qu'il a portée durant les premiers mois, et plus tard, à un bas élastique dont il n'a plus pu se passer depuis lors, le sujet marche sans difficulté apparente. Il s'est fait mettre, de son propre chef, à l'intérieur et en arrière de sa chaussure, une semelle supplémentaire destinée à caler le talon, que la rétraction du tendon d'Achille a relevé de plus d'un centimètre.

De l'anévrysme, il ne reste point de trace. Le membre est assez atrophié; il mesure au niveau du genou 34 centimètres et demi, et à la hauteur du mollet 32 centimètres, tandis que du côté droit la circonférence est de 35 centimètres, pour l'un comme pour l'autre point.

Les troubles d'origine nerveuse consécutifs aux anévrysmes ou

déterminés par leur traitement, sans être de bien grandes raretés, sont loin d'être communs, puisque les tableaux statistiques de M. Delbet⁴, qui assurément constituent la publication la plus complète sur la matière, et qui, rien que pour les anévrysmes poplités, portent sur 266 cas, n'en contiennent que 12 observations. Il importe, il est vrai, ainsi que le fait remarquer l'auteur de ces consciencieuses recherches, de faire la part de ceux qui ont dû rester inconnus, les malades n'étant pas toujours suivis durant un temps assez long pour qu'on puisse savoir s'ils ne sont pas restés impotents.

Dans un certain nombre de cas, les troubles nerveux, douloureux ou paralytiques ont été amenés par le fait même de l'anévrysme, c'est-à-dire en dehors de toute intervention. Plus souvent leur apparition a coïncidé avec l'inflammation plus ou moins accrue du sac, développée au cours du traitement. La cause peut en être complexe, mais elle doit se rattacher, avant tout, à la compression des nerfs inclus dans les parois sclérosées du sac, ou englobés dans l'infiltration plastique ambiante. On possède, du reste, des observations où, comme dans le fait de M. Polosson, rapporté dans la thèse de Comte, ou dans celui de M. Peyrot que relate M. Delbet, la réalité de ce mécanisme a été établie nécroscopiquement.

L'extirpation du sac, avec dissection des cordons nerveux, est l'indication qui s'impose, quand les troubles trophiques sont liés à l'anévrysme lui-même. Lorsqu'ils sont consécutifs au traitement, on peut espérer — l'anévrysme guéri — que la résorption des exsudats amènera, dans une limite plus ou moins complète, la résolution spontanée des accidents.

C'est ainsi que chez mon malade le territoire du nerf sciatique poplité interne, paralysé durant les premiers mois, est redevenu normal. La dégénération ne porte plus que sur le nerf tibial antérieur, bien que le retour de la sensibilité dans la zone du nerf musculaire ait pu s'effectuer par voie collatérale.

Quoi qu'il en soit, lorsque la netteté des localisations permettra de préciser où s'effectue la compression nerveuse, quand d'ailleurs on se trouvera en face d'un anévrysme guéri, et que d'autre part la nature des troubles produits sera assez importante pour légitimer une intervention, on pourra se demander si le désenclavement opératoire des nerfs compromis n'est pas à tenter. La question se posera surtout pour le membre supérieur. Chez mon malade, où l'impotence, somme toute, est aujourd'hui peu gênante, l'expect-

⁴ Du traitement des anévrysmes externes (*Revue de Chirurgie*, 1888, n° 10).

tation, en l'absence d'ailleurs de manifestations douloureuses, m'a paru de pratique sage.

Relativement au rôle attribuable au traitement, dans la pathogénie des complications relevées par notre observation, la solution à déduire me semble peu douteuse. Pour moi, c'est à la bande de Reid, appliquée peut-être avec trop d'insistance, qu'incombe la part majeure des accidents inflammatoires dont la paralysie du pied a été la conséquence, et qui même, à un moment donné, par leur extension au système veineux, ont menacé la vie du malade. La compression indirecte n'a agi que secondairement, sur un terrain déjà préparé, puisque c'est dès sa première application que les troubles du début se sont subitement aggravés. L'apparition de la paralysie postérieurement aux phénomènes inflammatoires affirme bien d'ailleurs la relation étiologique existant entre ces deux groupes de symptômes.

A peine est-il besoin d'ajouter qu'en dépit de la guérison obtenue ici au point de vue spécial de la cure de l'anévrysme, et tout en considérant que seule une sélection rationnelle doit déterminer le choix de la méthode, — compression, ligature ou extirpation, — applicable à chaque cas particulier, le fait que je viens d'avoir l'honneur de communiquer à la Société appuie les réserves énergiquement formulées au dernier Congrès de chirurgie par la plupart de nos éminents collègues à l'endroit des procédés dits de douceur dans le traitement des anévrysmes des membres. Après tant d'autres, il plaide pour les procédés sanglants, aujourd'hui que l'antisepsie en a réduit au minimum les dangers si redoutés autrefois.

Discussion.

M. RECLUS. L'observation de M. Erhmann prouve une fois de plus qu'il faut rompre définitivement avec les méthodes dites de douceur : les troubles nerveux, les accidents parus observés ici à la suite de la compression, l'embolie qui aurait pu entraîner la mort, prouvent que le « procédé de douceur » a été dans l'espèce beaucoup plus redoutable que n'aurait été le procédé sanglant, la ligature. Si on avait tout d'abord recouru à la ligature, on aurait obtenu la guérison à moins de frais, sans les complications actuelles et en n'imposant pas au malade neuf séances et vingt et une heures de compression; or on sait combien sont vives les douleurs que provoquent ce mode de traitement. En résumé, disons une fois de plus que puisque les procédés sanglants sont devenus innocents par eux-mêmes depuis l'antisepsie, ils doivent profiter de cette immunité et devenir le procédé de choix.

M. DESPRÉS. M. Erhmann nous a fait remarquer que le gros or-

teil était paralysé. Cela ne peut-il pas être attribué à la compression du nerf sciatique par la bande circulaire ? J'ai vu un malade traité par la compression qui avait la paralysie des deux muscles.

M. EHLMANN. La paralysie ne s'est pas montrée aussitôt après la compression avec la bande ; elle n'en provient donc pas, directement ; elle a succédé aux symptômes inflammatoires.

M. PEYROT. On a souvent vu des troubles nerveux dans les anévrysmes, sans qu'on puisse en incriminer le traitement. J'ai observé des phénomènes d'anesthésie attribuables à la compression du sac de l'anévrysme lui-même.

Communication.

Sur une variété de périarthrite du genou. Inflammation de la bourse séreuse située sous le ligament rotulien,

Par le Dr TERRILLON.

J'ai eu l'occasion d'observer plusieurs exemples d'une lésion bien curieuse existant au niveau du genou et sur laquelle l'attention n'a pas été attirée suffisamment jusqu'à présent. Il s'agit d'une altération variable du tissu cellulaire et de la bourse séreuse située sous le ligament rotulien.

Cette altération est cependant importante à connaître et surtout à différencier des lésions voisines, principalement de celles qui existent dans l'articulation du genou. Elle en diffère, en effet, par ses symptômes, par sa marche et surtout par son pronostic. Quand on la méconnaît, on est exposé à faire des erreurs préjudiciables au malade, et à employer un traitement intempestif.

Déjà signalée par Gosselin en 1873 (*Archives générales de médecine*), cette affection fut décrite d'une façon plus méthodique par Trendelenbourg (de Rostock), qui en a rapporté deux observations curieuses. Ce dernier travail fut analysé en 1877 dans les *Archives générales de médecine*, déc., p. 734, sous le nom : *De l'hygroma sous-patellaire profond*. M. Duplay, dans son *Traité de pathologie externe*, t. VI, p. 912, insista sur ces périarthrites. Enfin nous trouvons ces mêmes faits signalés dans l'excellent article de M. Spilmann sur les maladies du genou dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (art. GENOU), où il est parlé de ces lésions de la bourse prétiibiale et intra-patellaire.

D'autres travaux existent encore sur ce sujet, mais ils n'ont rien indiqué de particulier.

• *Description. Symptômes.* — Ce qui caractérise cette affection est surtout une déformation spéciale de la région antérieure du genou.

Dans l'état normal, lorsque la jambe est légèrement fléchie sur la cuisse, on constate nettement la position du ligament rotulien qui s'étend du sommet de la rotule à la partie supérieure du tibia. Ce ligament forme une saillie très nette en avant, de chaque côté existe un creux très accentué.

Or cette disposition cesse aussitôt que les parties sous-jacentes au ligament rotulien sont malades et augmentées de volume. En effet, ces parties gonflées ne peuvent se porter en avant, car elles sont bridées par le tendon aplati qui les maintient, elles doivent donc se porter sur les côtés et déborder le tendon.

La position demi-fléchie du genou exagère donc cette disposition, car le ligament rotulien en se rapprochant du plateau tibial force les parties qui lui sont sous-jacentes à refluer sur les côtés.

Mais il ne faut pas croire qu'on ne puisse déjà percevoir ce phénomène pendant l'extension de la jambe sur la cuisse.

En effet, dans un certain nombre de cas, l'épaississement des tissus placés sous le ligament est assez notable pour que ceux-ci fassent hernie de chaque côté et forment un relief bien accusé sur les côtés de ce tendon, même dans l'extension forcée.

Quand un seul côté est atteint de cette déformation, la constatation en est encore plus nette par comparaison.

Tels sont les caractères fournis par la vue. Ils sont très distincts dans la plupart des cas et permettent de reconnaître la lésion. Mais le toucher et le palper donnent encore des signes bien spéciaux.

Cette petite masse placée de chaque côté du ligament rotulien est tendue, dépressible, mais sans réductibilité. Jamais je n'ai senti une véritable fluctuation. Cependant, dans un cas, j'ai eu la notion assez nette d'une certaine quantité de liquide se déplaçant et passant sous le tendon d'un côté à l'autre. En dehors de ce fait isolé, je crois que, ordinairement, il ne semble pas y avoir collection de liquide, mais que l'épaississement paraît dû à un œdème.

Toujours la température locale est plus élevée, le phénomène est facile à constater avec la main, par comparaison avec les parties voisines ou avec l'autre genou, si celui-ci est intact.

Cette élévation de température semble exactement limitée à la région malade, ou au moins elle s'étend peu dans le voisinage; ainsi, on ne la trouve plus au-dessus de la rotule.

Elle m'a semblé toujours plus élevée dans les cas récents et très douloureux, mais elle persiste à un moindre degré pendant très longtemps. Je l'ai vu persister d'une façon évidente, même après

la disparition des douleurs, alors que les malades pouvaient marcher sans éprouver de gêne véritable.

Les troubles fonctionnels sont souvent assez accentués et caractérisés par de la difficulté dans la marche. Celle-ci est douloureuse surtout dans la flexion qui devient très pénible ou même impossible. La station debout est également très difficile et très douloureuse, si elle se prolonge un peu.

Enfin, dans quelques cas, à ces phénomènes vient se joindre un certain degré de contracture des fléchisseurs. Le genou est dans une légère flexion qu'on ne peut vaincre pour ramener le membre dans l'extension complète, qu'en tiraillant les muscles contracturés et en provoquant des douleurs assez vives. Cette complication n'est cependant qu'exceptionnelle et ne se rencontre que dans les inflammations aiguës.

Un fait très remarquable et qui, à ma connaissance, n'a pas encore été signalé, bien qu'il ait une grande importance au point de vue fonctionnel et au point de vue du pronostic, c'est l'atrophie des muscles extenseurs de la jambe sur la cuisse ou des muscles antérieurs de la cuisse.

Dans deux de mes observations, ce phénomène a été très manifeste et a été une des causes de gêne, de douleur et de faiblesse du membre inférieur. Cette faiblesse a persisté pendant longtemps et aurait pu être attribuée à une arthrite du genou, laquelle amène ordinairement ce résultat. Cependant chez ces malades il n'y avait jamais eu aucun phénomène intra-articulaire. Il est donc probable que l'affection inflammatoire de la bourse sous-tendineuse a un retentissement semblable à celle de la grande articulation sur la nutrition des muscles.

Il me semble probable que cette altération musculaire doit dépendre surtout de la longue durée de la maladie ; car je ne l'ai constatée que dans les deux cas où l'évolution avait été lente et prolongée. Chez ces deux malades j'ai été obligé d'employer l'électricité contre cette atrophie qui a d'ailleurs, malgré ce traitement, persisté apparemment. Seule la force musculaire a repris à peu près un caractère normal.

Les courants continus appliqués sur les différentes parties du muscle triceps ont semblé amener rapidement cet heureux résultat. On les employait simultanément avec le massage.

Etiologie. — Ainsi que le faisait remarquer mon maître Gosselin, cette péri-arthrite doit être considérée comme une affection propre à l'adolescence. Duplay, Treudenburg, sont aussi de cet avis. Ils n'ont vu cette affection que chez des jeunes gens de 14 ans à 21 ou 23 ans.

Les jeunes filles sont particulièrement disposées à ce genre d'affection, mais les garçons peuvent aussi la présenter, quoique plus rarement.

Cette affection paraît être spontanée dans beaucoup de cas. Cependant souvent un traumatisme plus ou moins violent, la chute sur la partie antérieure du genou semble avoir une influence capitale sur son développement.

Ce fait a été évident dans deux de mes observations. Chez une de mes malades, chaque rechute a été ou a semblé survenir sous l'influence d'un choc sur la région antérieure du genou.

Une autre cause semble être aussi la contusion chronique produite par l'acte de se tenir à genoux pendant longtemps. Cependant cet acte prolongé donne surtout des durillons, des bourses séreuses accidentelles au niveau de la tubérosité artérienne du tibia, plutôt que des troubles dans la bourse sous-tendineuse de la rotule qui est moins exposée à des contusions dans ces parties. Un exemple cependant a été signalé par Spilmann et on pourrait peut-être en trouver d'autres chez les religieuses.

Spilmann en cite un exemple personnel dans son article dans lequel il discute cette étiologie. Il s'agissait d'une religieuse d'un ordre enseignant; cette dame nous a dit que, en raison de la nature de ses fonctions, elle ne se mettait pas à genoux plus souvent que ne le font la plupart des femmes du monde, fait important à noter au point de vue étiologique. Elle souffre depuis quatre ans, peut monter un escalier sans difficulté, mais non le descendre, alors elle manque de tomber si elle ne prend pas des précautions spéciales.

En examinant le genou avec la plus grande attention, on ne constate pas la présence d'un épanchement intra-articulaire; la rotule n'est en aucune façon soulevée et tous les creux et reliefs qui l'entourent sont à l'état parfaitement normal; mais sur chaque côté du tendon rotulien on constate, comme dans les faits « de Treudelenburg, une tumeur volumineuse fluctuante ».

M. le D^r Bucquoy m'a dit avoir assez souvent observé des lésions analogues chez des jeunes ecclésiastiques qui ont l'habitude de rester longtemps dans la position à genoux.

Un fait qui ne laisse aucun doute dans mon esprit au sujet de l'étiologie générale de cette maladie, est le tempérament rhumatismal du malade. Chez tous ceux que j'ai vus, cette influence existait très nette.

En même temps on trouvait d'autres lésions dans les articulations; craquements dans les épaules et même, dans un cas, craquement sous-scapulaire évident. Or, j'ai démontré, en m'occupant de cette dernière affection, qu'elle ne survenait, pour ainsi dire,

que chez les rhumatisants et qu'elle constituait même pour moi un caractère fréquent du tempérament rhumatismal.

Parmi les malades que j'ai observés, je citerai deux jeunes gens, l'un âgé de 15 ans, l'autre de 17 et deux jeunes filles ayant 18 et 22 ans; mais cette dernière avait toutes les apparences d'une adolescente encore imparfaite.

Dans ces observations, la lésion était toujours bilatérale; cependant chez une des jeunes filles, le genou droit était plus atteint que le gauche; de ce côté, la gêne fonctionnelle et la douleur étaient aussi plus accentuées. Comme je l'ai déjà dit, ces jeunes gens avaient tous quelques attributs du tempérament rhumatismal et étaient issus de parents rhumatisants.

A côté de ces faits que j'ai observés plusieurs fois, j'en possède un autre, plus intéressant, et qui montre bien qu'un épanchement sanguin peut se faire dans cette région sous-rotulienne.

En effet, il m'a été possible de diagnostiquer d'une façon bien nette un épanchement sanguin d'origine traumatique dans les bourses séreuses, et cela quelques heures après l'accident.

Cette observation date du mois de juin 1885.

Un jeune garçon de 16 ans, jouant à la balle avec des camarades, tomba en avant avec violence, ses pieds ayant rencontré pendant la course une corde tendue à raz du sol. Il tomba sur les deux genoux, mais le genou droit porta contre un obstacle saillant à la surface du sol, qui était creusé d'une rainure à cet endroit. La partie antérieure de la tubérosité tibiale du côté gauche présentait une éraillure étendue de la peau, assez ordinaire en pareil cas. Mais du côté droit, persistait une tuméfaction manifeste de chaque côté du ligament rotulien. En même temps, la pression à ce niveau était douloureuse et donnait la sensation d'une légère résistance. Les mouvements étaient douloureux surtout quand on exagérait la flexion.

Il était absolument manifeste que rien n'existait du côté de l'articulation du genou.

J'ordonnai l'immobilité et l'application de compresses d'eau fraîche sur la région douloureuse.

Une ecchymose assez étendue apparut à ce niveau après quarante-huit heures.

Il y eut une légère réaction locale, mais la marche parfaite et sans douleur ne se rétablit qu'après deux mois. La douleur locale persista longtemps.

Il est certain que si mon attention n'avait pas été attirée sur cette localisation des lésions périphériques du genou, j'aurais négligé un examen minutieux et j'aurais diagnostiqué une lésion légère du

genou et de la région rotulienne au lieu de celle de la région située sous le ligament de la rotule.

Marche. Récidives. — La marche de cette affection est particulièrement chronique, lente dans son évolution et rebelle à la plupart des traitements. Ce résultat a déjà été noté par Gosselin et surtout par Treudelenburg.

Souvent le début présente une certaine acuité, principalement s'il semble avoir succédé à un choc ou à une contusion quelconque. Mais bientôt cet état se calme pour laisser place à une douleur plus ou moins violente, augmentant avec la marche et les fatigues, et qui devient plus manifeste surtout dans les mouvements de flexion et d'extension brusque. La marche, la montée et la descente des escaliers est particulièrement pénible.

Cette affection est aussi remarquable par la facilité des recherches. Chez mes malades, le repos et les traitements appropriés amenaient assez rapidement une amélioration très sensible, la marche devenait possible sans douleur à moins de fatigue exagérée. Mais au moindre faux pas, au moindre choc sur la région, la douleur reparait et durait ensuite pendant plusieurs semaines pour céder en partie et reparaitre plus tard.

Chez mes trois malades, cette affection a duré en moyenne plus de trois ou quatre ans, avec des accalmies et des exacerbations.

Diagnostic. — Le diagnostic ne peut être établi que par l'examen méthodique et minutieux de chacun des symptômes, et surtout de la région malade.

Toujours cette maladie est confondue avec l'arthrite proprement dite du genou, à cause du siège qui est si voisin et des signes fonctionnels qui semblent identiques.

Cependant, il suffit d'être prévenu de la réalité de cette localisation de l'arthrite pour les trouver et les constater bientôt.

Le siège de la douleur au-dessous et de chaque côté du tendron rotulien doit aussitôt mettre en éveil, d'autant plus que ce siège de la douleur est absolument distinct de celui de l'arthrite du genou. Ici la douleur siège autour de la rotule ou au niveau du tibia, principalement du côté de la tubérosité interne.

La forme et la disposition de la tuméfaction, telle que je l'ai décrite, permet aussi de reconnaître le siège exact de la lésion. Enfin, et j'insiste particulièrement sur ce fait, on doit constater l'intégrité absolue de l'articulation du genou. Celui-ci ne contient pas de liquide, on ne trouve au niveau des culs-de-sac de la synoviale aucune trace d'épaississement. La chaleur locale n'existe pas au-dessus du bord supérieur de la rotule.

Il est vrai que ces deux affections peuvent coexister, et que les

deux séreuses, la grande et la petite, peuvent être envahies en même temps sous l'influence d'une même cause générale ou d'un même traumatisme. Mais alors la maladie de la grande articulation domine la veine, et celle de la petite synoviale voisine passe inaperçue. Je ne l'ai pas recherchée dans ces cas, mais il est probable qu'elle doit exister souvent comme phénomène concomitant, mais accessoire.

Je crois que la confusion la plus fréquente a consisté à prendre cette affection pour une simple névralgie. Cette erreur se présente surtout pour les jeunes filles. Les cas que j'ai observés avaient presque toujours été désignés sous le nom de *névralgie du genou*.

Pronostic. — D'après les faits publiés jusqu'ici et d'après ceux que j'ai observés, cette péri-arthrite est particulièrement longue dans son évolution et rebelle à la plupart des traitements. L'impotence qu'elle occasionne n'est d'ailleurs que relative et ne met pas dans l'impossibilité de marcher, mais les mouvements sont toujours douloureux. Cette douleur est vive dans certains cas, comme dans l'acte de descendre un escalier.

Aussi, peut-on considérer la péri-arthrite du genou comme une maladie bénigne, mais qui crée une infirmité passagère.

Traitement. — Le traitement doit être celui de toutes les lésions péri-articulaires. Je dis des lésions *péri-articulaires*, car nous savons depuis longtemps que les *péri-arthrites* ne demandent pas le même traitement que les *arthrites* proprement dites. Ainsi une notion actuellement bien connue consiste dans ce fait que les arthrites doivent être soumises au repos absolu jusqu'à leur guérison complète, tandis que les péri-arthrites sont souvent améliorées par des mouvements, souvent même par des violences plus ou moins accentuées.

L'histoire des péri-arthrites de l'épaule, si bien décrite par M. Duplay, prouve la réalité de cette conclusion. Nous savons aussi que le massage a des effets merveilleux sur les entorses péri-articulaires, tels que les déchirures des gaines tendineuses du pied; tandis que la même pratique appliquée aux entorses vraiment articulaires ne donne pas de résultat aussi bon.

Cette loi générale peut aussi être appliquée à la péri-arthrite que je viens d'étudier, mais en faisant toutefois quelques restrictions.

Chez mes malades, j'ai employé la compression méthodique avec de l'ouate et des bandes de flanelle, mais sans jamais la prolonger plus de douze ou quinze jours, afin de ne pas immobiliser trop longtemps le membre.

Des séances de massage étaient intercalées pendant plusieurs

semaines entre les périodes de compression. Enfin, j'ai employé successivement tous les révulsifs : vésicatoires, pointes de feu, teinture d'iode.

Enfin, des douches et des bains sulfureux étaient prescrits contre l'état local et surtout contre l'état rhumatisant des sujets.

Malgré tous ces soins, j'ai toujours vu cette maladie persister pendant plusieurs mois ou plusieurs années, et présenter surtout des rechutes inattendues après une guérison apparente assez prolongée.

Discussion.

M. NICAISE. Il y a derrière le ligament rotulien trois organes susceptibles d'être malades : 1° la bourse séreuse pré-tibiale ; 2° la petite apophyse située à la section du ligament rotulien ; 3° une boule graisseuse considérable qui présente une grande importance dans la pathologie du genou. Elle est toujours atteinte d'infiltration dans les arthrites. M. Lancereaux considère sa saillie comme caractérisant l'arthrite syphilitique : c'est trop absolu.

Qu'a donc voulu décrire M. Terrillon sous le nom de péri-arthrite ? Est-ce l'ensemble des affections de ces organes ?

M. DESPRÉS. M. Terrillon n'a pas fait d'autopsie, et il est douteux que toujours ce fût la bourse séreuse qui était malade. J'ai, pour ma part, observé chez des jeunes sujets des tuméfactions dues à l'inflammation du cartilage inter-épiphyse qui unit l'épine du tibia aux condyles. C'est ce qu'en hippiatric on a appelé une *sueros*, analogue à l'ostéite juxtaépiphyse des os longs, sauf la localisation spéciale.

Je crois donc qu'il faut faire des réserves dans l'interprétation des faits observés par M. Terrillon.

M. TILLAUX. Je demanderai à M. Terrillon de remplacer le mot de *tendon* rotulien par celui de *ligament*. Je n'aime pas l'expression de *péri-arthrite* qui n'est pas plus applicable ici qu'à l'hygroma prérotulien. J'ai vu souvent des faits d'inflammation de cette petite séreuse.

M. TERRIER. J'ai souvent observé des cas d'inflammation de la petite séreuse sous-rotulienne coïncidant avec les arthrites.

L'expression de *sueros* n'est pas scientifique et n'est plus usitée en vétérinaire.

M. TERRILLON. Je ne crois pas qu'on puisse dissocier l'inflammation de la bourse séreuse et celle de la boule graisseuse. L'altération de l'apophyse du tibia est très différente aussi ; elle siège en dessous, n'affecte pas les individus du même âge.

Le terme de péri-arthrite est analogue à celui qu'ont employé MM. Duplay et Gosselin pour désigner des maladies péri-articulaires.

Présentations de malades.

M. CHAUVEL présente un malade atteint d'une fracture du cou-de-pied ancienne, dont la marche reste difficile depuis l'accident. Le pied est en équin-varus ; l'appui se fait sur l'avant-pied seulement et grâce à un soulier élevé. Un raccourcissement de 2 centimètres environ dans la longueur du membre, le rapprochement du sommet de la malléole externe de l'apophyse du cinquième métatarsien témoignent d'une fracture de l'astragale, dont la partie antéro-externe saillante en avant, semble limiter mécaniquement les mouvements de flexion du pied. Il existe encore une légère mobilité (15 degrés environ) dans la jointure tibio-tarsienne.

Cette infirmité empêche le malade de reprendre son service. Est-il possible de rendre la marche plus facile par une intervention ? Cette intervention est-elle justifiée par l'échec de toutes les autres méthodes de traitement ? Quelle doit être cette intervention ? Tels sont les points que M. Chauvel soumet à ses collègues, les priant de vouloir bien l'aider de leur avis.

Discussion.

M. TILLAUX. Il y a deux questions à résoudre : diagnostic et thérapeutique. Pour la première question, je crois qu'il y a eu fracture bi-malléolaire avec subluxation du tibia en avant, ce qui est très fréquent. Or, on n'a pas réduit cette subluxation, et le tibia est en rapport avec le col de l'astragale.

Pour la seconde question, je suis embarrassé. On peut toutefois faire une résection tibio-tarsienne et ankyloser à angle droit.

M. CHAUVEL. Je remercie M. Tillaux de son conseil. J'ai l'intention, en effet, d'ouvrir l'articulation par sa partie externe et de l'explorer, puis de réduire la subluxation.

M. PEYROT. Il suffirait de faire une ostéotomie linéaire au-dessus de l'articulation.

M. TERRIER. Il est préférable d'ouvrir l'articulation pour l'explorer et réséquer au besoin les parties osseuses qui s'opposent aux mouvements, ou faire l'arthrodèse.

Communication.*Note sur un cas de ténorrhaphie du tendon de l'extenseur du médius,*

Par M. SCHWARTZ.

Il nous arrive assez souvent, surtout quand les bouts d'un tendon sectionné sont passablement écartés l'un de l'autre, et qu'il faut une certaine force pour les réunir, de voir les fils destinés à les réunir, couper, effiloche les bouts tendineux. C'est contre cet inconvénient que nous avons cherché à lutter en employant le petit artifice que voici.

Dans notre observation, il s'agissait d'une jeune femme blessée à l'avant-bras gauche quinze jours auparavant par un éclat de vitre au niveau de sa face postérieure. La plaie s'était rapidement cicatrisée, mais avec une impotence complète des extenseurs du médius gauche, qui démontrait suffisamment la section de son tendon. La cicatrice siégeait à environ 8 centimètres au-dessus du poignet.

Après élévation du bras pendant trois minutes et application du tube d'Esmarch, incision sous le chloroforme de 5 à 6 centimètres qui nous fait tomber sur les bouts sectionnés, écartés l'un de l'autre de 4 centimètres environ. Il y avait deux bouts de chaque côté; les bouts supérieurs confinaient immédiatement un corps charnu du muscle. Malgré l'extension forcée de la main, des doigts, la tension, pour tenir réunies les deux extrémités, était considérable, et les points de suture eussent infailliblement sectionné le tissu tendineux. Pour l'éviter, on appliqua sur chaque bout du tendon une ligature circulaire en catgut formant comme un collier; alors seulement on passa, en deçà de chaque collier de catgut, un fil de soie qui, serré, s'appuyait sur les deux fils de catgut correspondants et ne pouvait sectionner le tissu de l'organe. Grâce à cet artifice, les deux bouts des tendons se maintinrent parfaitement en contact malgré la forte tension qu'il fallut pour les unir. Suture de l'aponévrose antibrachiale au catgut; suture de la peau; pas de drain. Pansement iodoformé compressif. Le tube d'Esmarch n'est enlevé que lorsque le bras a été élevé. Bien entendu, la main et les doigts ont été étendus pour relâcher le plus possible les muscles dorsaux à l'aide d'une attache coudée en fil de fer.

Réunion par première intention.

La malade, qui est présentée guérie, a le mouvement complet d'extension du médius; par contre, il lui est encore difficile de le

fléchir tout à fait; la cicatrice antibrachiale est adhérente au niveau de la plaie primitive aux parties profondes. En somme, excellent résultat : elle travaille, comme avant l'accident, de son métier de brocheuse.

Discussion.

M. TILLAUX. On peut réunir par réunion immédiate deux bouts de tendons sans adhérence à la peau; mais, le plus souvent, la réunion se fait indirectement par l'intermédiaire d'une adhérence. C'est ce qui existe ici.

M. SCHWARTZ. Je crois que cette adhérence se rompra à la longue. Ce que j'ai montré n'en restera pas moins, et l'artifice que j'indique a sa valeur.

Présentations de pièces.

1° Extirpation du rectum par la voie sacrée,

Par M. ROUTIER.

La pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société provient d'une jeune femme de 29 ans. C'était un cancer annulaire du rectum siégeant à 12 centimètres environ au-dessus du sphincter.

A cause du siège du néoplasme, j'ai cru devoir faire bénéficier cette malade des avantages que présente, sur toutes les autres méthodes opératoires, celle qui a été décrite pour la première fois par Kraske, de Fribourg-en-Brigau, sous le nom de *résection du rectum par la voie sacrée*, c'est-à-dire avec résection du coccyx et d'une petite partie du sacrum.

Je n'ai pas fait dans tous les temps l'opération de Kraske; j'ai notamment à peine entamé le sacrum, et cependant j'ai pu réunir complètement le bout supérieur de l'intestin au bout inférieur, après avoir réséqué les 10 centimètres que je vous présente, et avoir pu enlever de très gros ganglions cancéreux dans l'épaisseur du méso-rectum. Le péritoine ouvert a été fermé par un surjet de catgut.

Il y a dix-huit jours que cette opération a été pratiquée : la malade va à la selle par son anus normal, le sphincter est tout à fait efficace; il s'est fait une petite fistulette sur le bord droit de ma ligne de suture, qui, j'espère, ne résistera pas à une très petite opération ultérieure.

La conservation du sphincter volontaire, qui me paraît constituer le point capital de la méthode de Kraske, est, à mon sens, un grand progrès thérapeutique qui, ce me semble, n'a pas suffisamment attiré l'attention des chirurgiens français.

Je me propose, en donnant l'observation détaillée de la malade, de rappeler un peu ce qui a été dit sur ce sujet.

2° *Sarcome du fond de l'utérus,*

Par le D^r TERRILLON.

M. Terrillon présente une pièce anatomique intéressante, surtout à cause de sa rareté, qu'il a enlevée par une laparotomie, quinze jours auparavant, chez une femme âgée de 45 ans, encore bien portante et vigoureuse.

Cette tumeur, du poids de 5 kilogrammes, était implantée sur le fond d'un utérus qui n'est pas augmenté de volume, en même temps qu'elle s'infiltrait dans les ligaments larges. Elle représente une masse de végétation semblable à un choufleur ou à un lipome arborescent. La plupart de ces végétations sont pédiculées et paraissent constituées par une série de grains accolés les uns aux autres. Des filaments fibreux et vasculaires sillonnent cette masse en tous sens et semble relier toutes ses parties les unes aux autres.

La base de la tumeur, du côté du fond de l'utérus, est plus épaisse, plus charnue et les granulations y sont plus compactes. Toute cette masse semble entourée par une coque lisse et fibreuse, donnant par sa surface interne naissance à ces végétations, mais qui se serait rompue largement vers sa partie supérieure. La large déchirure ainsi produite permettait à la masse végétante de s'étaler dans l'abdomen et dans le bassin, en baignant librement au milieu de l'ascite (5 litres de liquide).

Cette tumeur fut facilement extraite de l'abdomen. Elle présentait peu d'adhérences aux parties voisines. Son pédicule étant formé par le corps et le col de l'utérus, on dut pratiquer une hystérectomie sus-vaginale. L'utérus fut coupé au-dessus du cul-de-sac vaginal, lié avec un tube de caoutchouc et fixé dans l'angle inférieur de la plaie abdominale au moyen d'une broche.

La malade, opérée depuis quinze jours, a très bien supporté le choc opératoire, sauf qu'il est survenu une jaunisse intense dans les premiers jours. Le pédicule mortifié a été enlevé. Il ne reste qu'une plaie superficielle et en bon état.

Cette tumeur semble avoir pris naissance dans la partie superficielle du fond de l'utérus, mais sans altérer ni déformer en rien cet organe. On ne peut affirmer qu'elle n'ait pas eu pour origine l'ovaire ou son voisinage.

Quant à sa nature histologique, elle semble constituée par du sarcome; la coupe des grains et des végétations donne l'aspect de ce genre de tumeur.

Discussion.

M. BOUILLY. Les connexions avec le fond de l'utérus ont besoin d'être étudiées ; il faut voir si elles sont primitives ou secondaires.

3° *Cancer ganglionnaire primitif,*

Par M. COMBAUD.

Au nom de M. le Dr Combaud (de Sancerre), M. le professeur Duplay présente une tumeur qualifiée de *cancer ganglionnaire primitif* de l'aîne. La tumeur a été enlevée chez une femme de 40 ans, et paraissant être en contact avec un sac herniaire contenant de l'épiploon. L'examen histologique n'a pas été pratiqué.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

S. POZZI.

Séance du 23 octobre 1889.

Présidence de M. NICAISE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de constitution de M. le Dr G. MARCHANT ;

3° *Sur un cas d'exstrophie de la vessie. Des relations pathologiques de la pelvi-péritonite et de la pyo-salpingite*, par M. le Dr DURET, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lille ;

4° Une lettre de M. DURET, demandant le titre de membre correspondant national ;

5° *Un cas de résection orthopédique de la hanche pour une luxation pathologique*, par le Dr F. LAGRANGE, agrégé de la Faculté de Bordeaux (Commissaire : M. Kirmisson) ;

6° *Amygdalotomie et hémorrhagie*, par le D^r MOURE (de Bordeaux (Commissaire : M. Schwartz) ;

7° *Des opérations plastiques sur le palais de l'enfant; leurs résultats éloignés*, par le D^r J. EHLMANN (de Mulhouse) ;

8° M. SCHWARTZ, retenu au concours d'internat, demande un congé de trois mois ;

9° *Die elektrische Durchleitung der Highmorshöhle bei Empyem*, par le D^r TH. HENNING (de Varsovie).

M. le Président communique à la Société la mort de M. Ricord en ces termes :

« Messieurs, j'ai l'honneur de faire part à la Société de la mort de notre illustre collègue, le D^r Ricord, qui vient de succomber à l'âge de 89 ans. Je n'ai pas à redire quel rôle considérable a joué Ricord, il suffit d'annoncer que, par ses travaux et ceux de ses élèves, la pathologie des maladies vénériennes a été transformée.

« Ricord fut reçu chirurgien des hôpitaux en 1828; il entra à l'hôpital du Midi en 1831, et il faisait partie de notre Société depuis sa fondation, en 1844.

« Il est donc de nos plus anciens collègues et un de ceux dont la réputation fut universelle.

« Pour témoigner des sentiments de regret que nous cause sa mort, j'ai l'honneur de vous proposer de lever la séance. »

La séance est levée à 4 heures.

Le Secrétaire annuel,
S. Pozzi.

Séance du 30 octobre 1889.

Présidence de M. LE DENTU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de candidature de M. BAZY à la place vacante de membre titulaire ;

3° *Calendar of the Royal College of Surgeons of England*, juillet 1889;

4° *Rétroversion utérine et latéroversion gauche; opération d'Alexander*; guérison, par le D^r LAGRANGE, agrégé de la faculté de Bordeaux (Commissaire: M. Terrillon).

M. LE DENTU donne lecture de l'allocation qu'il a prononcée aux obsèques de Ricord :

« Comme président de la Société de chirurgie, dont Ricord a été l'un des membres fondateurs et l'un des doyens respectés, je tiens à honneur de rendre un dernier hommage au maître qui, par son enseignement et par ses écrits, a jadis projeté sur la science française un éclat incomparable. Tout a été dit, et depuis longtemps, sur l'imposante série de ses travaux, sur les qualités d'ordre supérieur qui lui ont valu pendant plus d'un demi-siècle une situation sans égale, une popularité sans éclipse.

« Aussi bien n'ai-je pas la pensée de proclamer une fois de plus ses rapides et légitimes succès sur le terrain de prédilection où il a donné libre cours à son activité infatigable. Je veux seulement affirmer les mérites du chirurgien éminent, du clinicien sagace qui, chez Ricord, doublait le spécialiste. Je veux rappeler que ses études favorites n'absorbaient pas d'une façon exclusive les forces de sa puissante intelligence, et qu'elles lui ont laissé le loisir de doter la chirurgie de plus d'un procédé opératoire d'une ingéniosité remarquable.

« Je m'acquitte avec d'autant plus d'empressement du devoir qui m'incombe, que j'ai eu la bonne fortune d'avoir avec Ricord quelques-uns de ces entretiens auxquels sa gaieté communicative et les saillies inépuisables de son esprit donnaient un charme irrésistible. Tout récemment encore, revenant sur les événements lointains qui avaient eu pour conséquence de le faire naître en Amérique, sur l'évasion de son grand-père, jeté en prison à l'époque de la Terreur; sur l'émigration de sa famille aux Etats-Unis, invoquant les années de son enfance passées aux Antilles, dans une petite ville coloniale bien connue de moi-même, il m'étonnait par la lucidité de sa mémoire et par l'exactitude de ses souvenirs; et tout en l'écoutant, je voyais surgir devant moi les intéressantes péripéties de cette longue existence, mouvementée à ses débuts et s'épanouissant bientôt, après des luttes restées célèbres, dans une gloire incontestée, universelle.

« Je me disais que, malgré quelques signes de défaillance physique, la vitalité devait être encore grande dans ce corps animé par un cerveau d'une trempe aussi robuste. Mais l'heure où ce

passé magnifique allait s'évanouir n'était pas loin. Une mort stoïque a dignement couronné cette carrière si bien remplie.

« La foule immense accourue pour honorer les dépouilles de Ricord dit assez quelle place il occupait dans la science et dans la société française. Avec lui disparaît une des grandes figures du siècle.

« J'adresse un dernier adieu, j'offre un hommage suprême à l'homme de cœur que pleurent ses parents et ses innombrables amis, à l'illustre collègue que perdent les membres de la Société de chirurgie. »

A propos du procès-verbal.

M. PÉRIER présente une pièce relative à la suture tendineuse. Elle provient d'un malade dont il remet l'observation.

*Section du tendon extenseur du médus. Sutures au catgut.
Mouvements normaux. Réunion absolue.*

(Observation recueillie par M. REBOUL, interne.)

P..., Hippolyte, âgé de 35 ans, entre le 19 octobre 1888 à l'hôpital Lariboisière, service de M. le Dr Périer, salle Ambroise Paré, lit n° 23. Le 17 octobre, le malade se fait par accident, avec un éclat de verre, une plaie à la face dorsale de la main gauche, à la partie moyenne du troisième métacarpien. On lui conseille de mettre des cataplasmes sur la plaie; mais, voyant qu'il ne peut étendre le médus gauche, P... se présente à l'hôpital Lariboisière, où il entre le 19 octobre.

A son entrée, la plaie de la face dorsale de la main gauche est infiltrée, contuse, en mauvais état; à l'examen on constate que le tendon extenseur du médus est complètement divisé; mouvement d'extension de ce doigt est impossible. Après lavage soigné de la plaie avec la solution de sublimé au millième et avivement des deux extrémités du tendon sectionné, M. Périer réunit les deux bouts avec deux points de suture au catgut. Sutures superficielles au crin de Florence. Pansement au salol: poudre, gaze, ouate, maintenu par le collodion. Immobilisation de la main et des doigts en extension légère par un appareil plâtré.

31 octobre. Pansement. Réunion absolue. On enlève les points de suture.

10 novembre. Exeat. Les mouvements d'extension du médus sont normaux. La peau n'adhère pas au tendon.

Le 10 octobre 1889, P... Hippolyte, qui était entré à l'hôpital Beaujon, service de M. Fernet, meurt de tuberculose pulmonaire. Grâce à l'obligeance de M. David, externe du service, nous avons pu nous procurer le tendon extenseur du médus suturé un an auparavant. D'après les

renseignements qui nous ont été fournis, le malade avait conservé intacts les mouvements de flexion et d'extension du médius; la peau de la face dorsale de la main gauche présentait une cicatrice linéaire, non adhérente au tendon suturé. L'examen de la pièce nous a permis de constater les détails suivants :

La peau, fine et souple, présente une cicatrice linéaire, trace de l'incision faite un an auparavant; le tissu cellulaire sous-jacent est lâche, le tendon extenseur du médius est légèrement renflé au niveau de la section et de la suture, ce renflement est un peu plus foncé que le reste du tendon. En incisant la gaine longitudinalement, on la trouve un peu adhérente au niveau de la région sectionnée. Le tendon et sa gaine sont libres d'adhérences profondément. Sur des coupes longitudinales comprenant la région suturée et les deux bouts du tendon et examinées au microscope, on constate que les faisceaux tendineux d'abord réguliers dans les deux bouts, s'effilent, s'enchâssent les uns dans les autres et se condensent dans la région suturée, qui se colore plus fortement par le picrocarmin. Dans cette dernière région, on voit entre les faisceaux tendineux coniques et enchevêtrés des traînées de cellules conjonctives qui vont en diminuant et disparaissent à mesure que l'on s'éloigne du point sectionné; cette disposition est moins nette dans la partie superficielle du tendon, où les faisceaux tendineux semblent se continuer directement et ne sont pas séparés par des traînées de cellules conjonctives.

La suture de ce tendon sectionné a donc amené une réunion complète; macroscopiquement, ce n'est que par une différence de coloration et un léger renflement que l'on pouvait reconnaître le point primitivement suturé, et au microscope; dans cette même région, la partie superficielle du tendon était à peu près normale, et ce n'est que dans la partie profonde que la trace de la section se révélait par une disposition anormale des faisceaux tendineux et une prolifération conjonctive les séparant. Le tendon était légèrement adhérent à la gaine au niveau du point où avait porté la section; nul doute que dans la suite le tendon serait devenu complètement libre.

Le tendon et sa gaine n'adhéraient ni aux parties profondes, ni à la peau; le mouvement d'extension du médius était donc rétabli par la réunion même des deux bouts du tendon et non par l'intermédiaire d'adhérences du tendon, avec la peau, ainsi que cela se voit assez souvent, comme MM. Schwartz et Tillaux l'ont fait remarquer dans la séance du 16 octobre dernier de la Société de chirurgie.

Enfin les deux points de suture au catgut avaient complètement disparu; nous n'en avons pas trouvé trace sur les diverses préparations de la section longitudinale de ce tendon que nous avons examinées.

M. TERRILLON annonce que la pièce qu'il a présentée dans l'avant-dernière séance était relative à un sarcome végétant du fond de l'utérus. La malade est en voie de guérison.

Rapport.

Notice sur un nouvel appareil de premier pansement pour les blessés de guerre, par le D^r PATIN (de Boulogne-sur-Mer).

Rapport par M. CHAUVEL.

Le nombre des paquets de pansement proposés pour assurer aux soldats blessés des soins immédiats en dehors de l'action médicale directe, est devenu tellement considérable, qu'il me serait impossible de les décrire tous. De ces cartouches de pansement, le plus grand nombre a pour but de mettre les blessures à l'abri des infections extérieures, d'assurer leur antisepsie. D'autres semblent surtout destinées par leurs auteurs à combattre les hémorragies immédiates, et tel est l'appareil proposé par M. le D^r Patin, de Boulogne.

S'appuyant sur l'opinion de Morand, de Legouest, sur les statistiques de Lidell, de Chenu, qui portent à 25 0/0 au moins le nombre des morts rapides dues à la perte du sang sur le champ de bataille, notre confrère croit que l'hémorrhagie est l'accident le plus redoutable dans les premiers moments des coups de feu. Nous ne contesterons pas ces chiffres, et nous pouvons conclure de nos expériences que si le quart des blessés succombant sur les champs de bataille mouraient jadis par anémie aiguë, la proportion avec les balles cuirassées des petits calibres, aujourd'hui universellement adoptées, menace de devenir plus considérable encore. Il y a donc un intérêt majeur à combattre cet accident si considérable des coups de feu.

Quant au retard dans le relèvement des blessés et dans les premiers soins signalés par le D^r Patin, d'après un travail de M. le D^r Bouloumié, il faut espérer que les faits qui se sont produits en Italie en 1870, alors que l'intendance militaire avait seule la direction et la responsabilité des services sanitaires, ne se reproduisent pas avec l'organisation actuelle. Sans doute la substitution de la médecine à l'administration n'a pas fait disparaître toutes les difficultés du relèvement des blessés et du pansement rapide de leurs plaies, mais le service des brancardiers régimentaires est plus solidement constitué, et par l'initiative de nos collègues et de nos chefs, des améliorations sont chaque jour apportées à l'exécution du service en campagne.

Ainsi que l'a montré la discussion qui s'est élevée au premier congrès français de chirurgie, la question du paquet individuel de pansement est très diversement jugée. Condamnée par Legouest, Delorme, Nimier, la cartouche de pansement n'a guère

trouvé de défenseurs convaincus que Bousquet et votre rapporteur. Sur ce point, je n'ai jamais varié, et dans les articles PANSEMENT, PLAIES par armes à feu du *Dictionnaire encyclopédique*, ainsi que dans toutes les réunions où ce problème a été soulevé, j'ai constamment plaidé de toutes mes forces pour l'adoption de ce paquet de pansement.

Jusqu'ici, bien qu'en dise M. Patin, je ne suis pas sûr que le principe ait été adopté par les commissions supérieures de santé des armées, et si mon collègue M. le médecin-major de 1^{re} classe Schindler a fait un excellent et affirmatif rapport à cet égard, je n'ai pas appris que ses conclusions aient été acceptées et qu'elles aient reçu un commencement d'exécution.

Bien qu'il en soit, je ne saurais accepter avec M. Patin que ces trousses de pansement composées de bandes et de compresses renfermées dans un sachet de toile humide (ce qui n'est au reste aucunement exact) ne constituent qu'un progrès très relatif sur le traditionnel pansement à l'aide du mouchoir de poche. Certains de ces paquets sont très bien combinés tant au point de vue de l'antisepsie qu'au point de vue de la conservation du pouvoir antiseptique de leurs éléments.

Voyons donc l'appareil proposé par notre confrère de Boulogne et soumis par lui au ministre de la guerre. Il comprend :

1° Une bande de tissu caoutchouc semblable au tissu élastique des bretelles de pantalon, mince et souple, de 5 à 6 centimètres de large sur 1^m,75 de long, recouverte entièrement sur l'une de ses faces d'une couche peu épaisse de matière emplastique intimement adhérente au tissu et terminée à l'une de ses extrémités par une agrafe solide à bec pointu.

2° Un ruban de mêmes dimensions de *lint* imprégné d'un antiseptique fixe (sublimé, acide borique, etc.).

3° Deux compresses circulaires de même tissu de 7 à 8 centimètres de diamètre (celles du modèle ont 12 centimètres) graduées en forme de cône.

4° Une première enveloppe de papier paraffiné, dit *papier ciré*, imperméable à l'air et à l'eau.

5° Une seconde enveloppe de papier toile rendu imperméable par une couche d'huile de lin siccativ et portant imprimé le *modus agendi*.

Voici ce mode de faire tel que l'indique M. Patin :

1° Etancher, si l'on peut, le sang de la plaie.

2° Appliquer sur celle-ci les compresses rondes.

3° Enrouler par-dessus celle-ci la bande de coton.

4° Par-dessus cette dernière, enrouler la bande de caoutchouc,

le côté enduit par-dessous, en serrant plus ou moins, de façon à arrêter l'écoulement du sang.

5° Fixer au moyen de l'agrafe.

Cet appareil, dans les plaies simples, par l'agglomération des spires élastiques, constituera une véritable cuirasse, préservatif contre le froid, la pluie, la poussière, les heurts et contre les infections par contact.

Dans les hémorrhagies, il agira plus efficacement que les bretelles proposées par le D^r Senat, en raison de la spongiosité du *lint*, du pouvoir coagulant de l'antiseptique, de l'obstacle mis à l'issue du sang par l'adhérence des trous des bandes, de la possibilité d'une compression locale très énergique pour la longueur de la bande élastique.

En résumé, dit l'inventeur, l'appareil est :

1° Léger, son poids n'excédant pas 150 grammes.

2° Portatif, ses dimensions et sa souplesse permettant de le loger facilement dans un coin du sac ou une poche de vêtement.

3° Economique, ses éléments sont d'un prix peu élevé.

4° Antiseptique, au moins relativement par son imprégnation, l'occlusion qu'il effectue, la compression qu'il exerce sur les bandes des petits vaisseaux.

5° Hémostatique, contre les effusions de sang les plus redoutables tant en jet qu'en nappe.

6° Protecteur de la plaie.

7° Universel enfin, puisqu'il peut s'employer dans les fractures aussi bien que dans les plaies.

Les éléments sont peu délicats, sa conservation longue; la bande élastique peut au besoin être nettoyée et couverte d'emplâtre; l'antisepsie assurée par un trempage dans des solutions fortes se maintiendra, grâce à l'imperméabilité du papier ciré. Si la compression peut être trop énergique, quelques recommandations aux soldats peuvent prévenir cet accident, qu'on ne saurait comparer aux malheurs qu'entraîne une coupable indifférence.

Messieurs, la question du paquet individuel du pansement dans l'armée est des plus sérieuses, parce que l'adoption de cette mesure entraînerait une dépense qu'on ne peut estimer à moins d'un million environ. Il est naturel que la direction médicale ait désiré, avant d'entrer dans cette voie, s'éclairer sur l'utilité du paquet de pansement, sur la valeur des divers modèles proposés.

Au point de vue de l'utilité, je n'ai rien à ajouter ici à ce que j'ai dit, écrit et bien des fois répété. Je le puis résumer ainsi : en admettant que le pansement ne puisse être toujours exécuté par le soldat blessé lui-même ou par ses camarades, par les brancardiers qui les enlèvent du champ de bataille, ce qu'on ne saurait contes-

ter, la cartouche de pansement est pour le médecin lui-même une ressource précieuse dans les conditions, plus fréquentes qu'on ne le suppose, où tout autre agent lui fera défaut; c'est aussi un moyen de diminuer le matériel par trop encombrant de nos cantines médicales et de nos caissons d'ambulance.

Cela admis, nous pouvons reprocher à l'appareil de M. Patin : 1° son poids très lourd relativement pour des hommes déjà trop chargés; 2° ses dimensions, qui rendent son placement difficile et sa conservation plus difficile encore; 3° son prix, qui ne saurait être au-dessous de 75 centimes à un franc, bien que notre confrère ne l'indique pas; 4° son peu de pouvoir antiseptique. Enfin, le principe même de l'appareil. L'emploi d'une bande élastique longue, forte, susceptible d'exercer une contraction violente, me semble un danger dans des mains peu expérimentées. Je craindrais dans ces conditions une hémostase si parfaite que la mortification des parties sous-jacentes en puisse être la conséquence.

Il est évident que des hémorragies immédiatement mortelles le plus grand nombre proviennent de la lésion des gros vaisseaux de la poitrine et de l'abdomen; celles des membres sont relativement peu communes. La compression même élastique ne saurait même agir dans les premières. Pour les autres, la compression indirecte n'est jamais qu'un expédient, un moyen temporaire auquel doit faire place, le plus rapidement possible, la ligature des deux bouts dans la plaie. L'appareil de M. Patin est ingénieux, il aurait besoin d'être modifié dans le sens indiqué par nos observations, et d'être soumis à des expériences répétées. En somme, félicitant notre confrère de ses efforts, je me propose : 1° de déposer son travail dans nos archives; 2° de lui adresser des remerciements.

Communication.

Cancer annulaire de la partie supérieure du rectum; résection par la voie sacrée (Kraske) de 10 centimètres d'intestin avec conservation du sphincter,

Par M. A. ROUTIER, chirurgien des hôpitaux.

Une jeune femme de 29 ans vint vers la fin du mois d'août me consulter à l'hôpital Laënnec, se plaignant d'une maladie de l'utérus caractérisée par des douleurs lombaires, des pesanteurs dans le bas-ventre et sur le périnée.

Après l'avoir assez longuement examinée, j'allais lui faire part de mes recherches négatives, lorsqu'en pratiquant minutieusement

le toucher vaginal je sentis très haut à travers le cul-de-sac postérieur une tumeur analogue à celle que produisent les fèces accumulées dans l'intestin. Mais la consistance de cette tumeur, la douleur que je produisais en la comprimant, éveillèrent mon attention, et je fus ainsi amené à diriger mes investigations du côté du rectum.

Cette malade nous apprit bientôt que ses garde-robes étaient rares et douloureuses, que souvent les matières étaient tachées de sang, toutes choses qui l'inquiétaient fort peu et qu'elle attribuait à des hémorroïdes qui n'existaient pas.

Le toucher rectal me permit de sentir à l'extrémité de mon doigt, poussé aussi haut que possible, une tumeur mamelonnée, occupant tout le pourtour de la muqueuse et paraissant fortement rétrécir la lumière de l'intestin.

Vu la hauteur du néoplasme, ne pouvant pas me rendre compte du degré de stricture, je combinai au toucher rectal le toucher vaginal et la pression exercée sur la paroi abdominale antérieure, ce qui me permit de déterminer que la tumeur siégeait à 12 centimètres environ au-dessus du sphincter externe, que la lumière laissée libre n'admettait que l'extrémité de la pulpe de l'index, grâce à une assez grande pression, qu'enfin la limite supérieure du mal était certainement à plusieurs gros travers de doigt au-dessus.

Cet examen fit saigner un peu la malade, et mon doigt rapportait de cette exploration des détritits cancéreux.

Le diagnostic s'imposait, le début du cancer paraissait remonter en décembre 1888. La malade était maigre, mais non cachectique; entre autres symptômes principaux, il existait chez elle un dégoût absolu pour la viande depuis janvier 1889.

Vu le siège du mal, je ne pouvais songer à une amputation du rectum par les procédés de Faget-Lisfranc plus ou moins modifiés. Les symptômes de rétrécissement s'accroissant, il fallait alors me résoudre à une simple opération palliative; je n'avais ici le choix qu'entre les deux modes de colotomie.

En présence de l'obligation où je me trouvais d'infliger à cette femme de 29 ans, sans le moindre espoir de la guérir, la plus dégoûtante des infirmités, un anus contre nature, j'ai songé à pratiquer chez elle la résection de la partie malade du rectum par le procédé de Kraske de Fribourg, c'est-à-dire à aborder la partie malade par la région sacro-coccygienne, avec résection osseuse, mais conservation totale de la région sphinctérienne. C'est ce qu'on appelle couramment aujourd'hui la voie sacrée en Allemagne.

Je vous avouerai de suite que l'idée de réséquer le coccyx, une

partie du sacrum, pour attaquer un cancer m'avait au premier abord paru un peu barbare ; mais, dans un récent voyage en Allemagne, j'ai vu à Hambourg le Dr Schede ouvrir un abcès prévertébral par la voie sacrée ; à Heidelberg, le professeur Czerny enlever un utérus et les annexes atteintes de cancer, et cette opération m'a paru digne de la plus grande attention.

Chez la malade dont je vous parle, cette opération de résection du rectum était tout indiquée : c'était, comme dit Volkmann, un cancer trop bas pour la laparotomie, trop haut pour l'amputation. Elle entra à l'hôpital le 9 septembre, et fut de suite, à plusieurs reprises, purgée avec l'huile de ricin, en même temps que soumise au régime lacté absolu ; elle prenait chaque jour 2 grammes de naphthol mêlés à du salicylate de magnésie.

En quelques jours les selles devinrent semblables à celles des enfants nourris au sein.

Elle fut purgée une dernière fois le 18 septembre.

Le lendemain 19, je procédai à l'opération, qui fut conduite ainsi qu'il suit :

Décubitus latéral droit. Lavage du rectum à l'eau naphtholée ; toilette soignée de la région. Anesthésie au chloroforme.

Incision à gauche de la ligne des apophyses épineuses sacrées, partant du niveau de l'épine iliaque postérieure gauche pour aboutir à quelques centimètres au-dessus de la pointe du coccyx, finissant donc à 5 centimètres de l'anus.

Dénudation de l'os coccyx et de la partie inférieure du sacrum. Désarticulation du coccyx, qui est ensuite enlevé de haut en bas en le dépouillant de son périoste ; section transversale (avec pince Liston) de la première pièce du coccyx restée en place, résection de l'angle inférieur gauche du sacrum avec la pince gouge de Nélaton ; je n'atteins pas le dernier trou sacré.

Ceci me permet d'arriver à la limite inférieure du cancer.

Séparation facile, avec les doigts, du rectum de la face antérieure du sacrum. Séparation beaucoup plus laborieuse de la partie sous-cancéreuse du rectum d'avec la paroi vaginale postérieure.

Ouverture, pendant ces manœuvres, du cul-de-sac péritonéal, que je tamponne avec une éponge montée.

Dès l'ouverture du péritoine, je puis facilement faire descendre l'intestin.

Ligature du rectum avec une forte soie au-dessous du cancer ; de même au-dessus ; et pour éviter qu'après la section le bout supérieur ne m'échappe si la ligature dérâpait, je traverse le méso avec une soie en anse confiée à un aide.

Résection de la partie cancéreuse avec les ciseaux ; tamponnement du bout inférieur avec ouate iodoformée. Le bout supérieur,

bien maintenu par le fil du mèsò, ne laisse rien couler mais est aussi tamponné.

Suture par un surget de catgut du péritoine pariétal au péritoine viscéral qui recouvre l'intestin abaissé. Le reste de l'opération est dès lors extra-péritonéal, et je suture le bout supérieur et le bout inférieur du rectum bien tranquillement en dehors de la cavité péritonéale, complètement refermée.

Suture à la soie, double plan muqueux et musculaire.

La suture finie, je m'assure par le toucher qu'il n'y a pas de rétrécissement, puis je diminue un peu la plaie cutanée par quelques points au crin de Florence, et toute la cavité est bourrée de gaze iodoformée.

Le tout avait duré deux heures. Je me fais fort aujourd'hui d'aller beaucoup plus vite, car j'ai perdu beaucoup de temps en cherchant à séparer le rectum du vagin.

Les suites ont été des plus simples, la malade a rendu des gaz par l'anus dès le lendemain; mais l'iodoforme en excès a produit des phénomènes d'intoxication qui ont disparu dès que j'ai eu remplacé la gaze iodoformée par la gaze salolée.

L'état était si bon que j'ai laissé manger la malade trop tôt, et il a fallu faciliter le besoin d'aller à la garde-robe dès le 26, c'est-à-dire le 7^e jour. Tout s'est d'abord bien passé, le sphincter a parfaitement fonctionné; mais deux jours après, nouvelles selles et production d'une petite fistule grosse comme une pointe de crayon qui ne laisse écouler que les matières liquides.

Quel que soit le sort ultérieur de ma malade au point de vue de la récédive, je reste convaincu que mon intervention lui aura rendu plus de services que toutes les opérations qu'on était habitué à pratiquer en pareil cas, et j'ai au moins la satisfaction de n'avoir pas transformé pour le restant de ses jours ma jeune malade en une infirme dégoûtante pour elle et pour son entourage.

Jusqu'ici, en effet, en France du moins, qu'a-t-on fait dans les cancers du rectum?

Quand le néoplasme était situé assez bas, les plus hardis faisaient l'extirpation; je rappellerai que c'est là une méthode toute française, que *Faget* appliqua le premier en 1739 et que vulgarisa *Lisfranc* dès 1826. *Amussat* y ajoutait cette importante modification de la suture de la muqueuse rectale après amputation à la peau du pourtour de l'anus; mais je ne veux pas rapporter ici les noms de tous ceux qui ont plus ou moins contribué à modifier cette méthode; je renverrai à l'excellente thèse de notre collègue A. Marchant, 1873.

Si, pour des raisons diverses, on abandonnait l'amputation pour

s'en tenir aux méthodes palliatives, on devrait choisir entre les divers procédés de colotomie et la rectotomie.

Staffort, en 1838, paraît être le premier qui ait songé à fendre un rétrécissement du rectum allant couche par couche de la peau vers la profondeur; il eut deux succès. En 1865, *Nélaton* imitait *Staffort*; *M. Panas* décrivait un procédé.

Dès 1863, M. le professeur Verneuil proposait la rectotomie linéaire postérieure à l'écraseur pour les rétrécissements; il l'appliquait au cancer, et en 1872 il citait deux cas opérés à la Société de chirurgie. Quand le cancer montait haut, cette rectotomie pouvait s'accompagner de la résection du coccyx.

Aujourd'hui, je crois que mon ancien maître fait la rectotomie à gauche du coccyx sans toucher à l'os; telle était au moins sa pratique quand j'avais l'honneur d'être son interne.

Quant aux diverses colotomies, lombaire ou iliaque, il semble que l'une ou l'autre aient été employées sans distinction du siège du cancer, chaque chirurgien se laissant aller à des tendances personnelles, en se décidant pour l'anus lombaire ou l'anus iliaque, surtout d'après les résultats fonctionnels obtenus, facilité de pansement, incontinence plus ou moins marquée, procidence de l'intestin à travers l'anus artificiel.

Quoi qu'il en soit, aussi bien après l'amputation du rectum qu'après la simple rectotomie et à plus forte raison après l'établissement d'un anus contre nature, les matières fécales s'écoulent par un orifice dépourvu de sphincter, il y a de l'incontinence; les plus heureux parmi les opérés retiennent les matières solides dans les cas les plus satisfaisants d'amputation ou de rectotomie très limitée; mais ils sont menacés d'un rétrécissement ultérieur.

La plupart de ces opérés traînent misérablement le reste de leur vie avec une infirmité dégoûtante.

C'est pour cela que la méthode de Kraske me paraît être un véritable et grand progrès, dont le point capital pour moi est la conservation du sphincter.

C'est en 1885, au congrès des chirurgiens allemands, que Kraske proposa la résection du rectum pour les cancers hauts de cet organe en abordant l'intestin par la voie sacrée.

Voici son procédé opératoire tel qu'il se trouve décrit dans sa communication publiée *in extenso* dans les *Arch. fur Klin. Chir.* von Langenbek, t. XXIII, p. 503.

Malade dans le décubitus latéral droit, incision sur la ligne médiane du milieu du sacrum à l'anus (jusqu'à l'os).

Mise à nu de l'os jusqu'à son bord gauche.

Section des ligaments ischio-sacrés jusqu'au bord supérieur du troisième trou sacré.

Alors Kraske extirpe le coccyx, fait sauter au ciseau le bord gauche du sacrum jusqu'au troisième trou sacré, puis met le malade sur le dos. Il fend verticalement la portion saine du rectum au-dessus du sphincter, jusqu'au niveau de la portion à réséquer, ce qui cependant n'est pas indispensable, coupe transversalement le rectum au-dessous du cancer, puis abaisse la partie supérieure de l'intestin, ouvrant la péritoine si le cancer est haut, résèque le cancer et suture le bout supérieur de l'intestin au bout inférieur dans les deux tiers antérieurs de leur circonférence, sans fermer non plus la fente verticale de celui-ci, laissant ainsi un anus contre nature postérieur, qu'il fermera plus tard.

Kraske apportait deux observations de malades opérés ainsi et guéris, mais avec persistance de fistulette en arrière dans un cas.

Dès lors, la plupart des chirurgiens allemands modifient plus ou moins le procédé.

La manière dont on doit sectionner le sacrum modifie l'incision cutanée, ce qui nous fournit une première série de procédés.

Les uns sectionnent l'os avec le ciseau, les autres avec la scie; ceci est peu important.

A la section latérale du sacrum, Bardenheuer préfère la résection transversale de cet os au-dessous du troisième trou sacré.

Schede dans un cas a dépassé le troisième trou sacré à cause de l'extension du cancer vers le haut; son malade a eu de la paralysie à la vessie.

Jusqu'ici ce sont toujours des incisions, soit rectilignes, soit un peu courbes, s'éloignant peu de l'incision type de Kraske; mais surviennent les méthodes de résection temporaire, il faut alors limiter un lambeau qui restera adhérent au sacrum et qui lui servira de pédicule nourricier.

Heinecke propose une résection temporaire du coccyx, et une résection latérale temporaire du sacrum seulement jusqu'au 4^e trou sacré.

Lévy propose une incision trapézoïde pour scier le sacrum transversalement et le rabattre en bas.

Wiedow et Hégar, au contraire, rabattent le lambeau cutanéosseux vers le haut, Roux (de Lausanne) le rabat latéralement vers la fesse.

Là ne se bornent pas les différences; pour peu que le cancer soit étendu, il atteint facilement la région péritonéale du rectum. Comment faut-il se comporter vis-à-vis de ce cul-de-sac péritonéal?

Kraske propose l'ouverture délibérée du péritoine, ce qui facilite ou plutôt rend possible l'abaissement de l'intestin.

Bardenheuer, au contraire, propose de décoller le péritoine de l'intestin, ce qui me paraît difficile et pénible; c'est étonnant de

la part de cet auteur, qui ne craint pas de blesser la prostate, d'enlever un morceau de la vessie, pour qui, en un mot, l'adhérence du cancer n'est pas une contre-indication.

La plupart des opérateurs, du reste, ouvrent le péritoine de propos délibéré et font, pendant le reste de l'opération, un tamponnement provisoire à la gaze iodoformée.

Quelques-uns même, à l'exemple de Kraske, Heinecke, par exemple, ne ferment pas le péritoine une fois l'opération terminée, ou le ferment incomplètement, laissant un drain dans l'ouverture rétrécie par quelques points de suture sur les parties latérales comme Hocchenegg et comme l'a enfin fait Kraske.

D'autres ferment la cavité abdominale en suturant le péritoine pariétal du cul-de-sac à la séreuse de l'intestin comme Schede, comme je l'ai fait moi-même; afin d'avoir assez d'étoffe pour que cette suture ne soit pas tirillée, il faut avoir soin d'ouvrir le cul-de-sac tout contre l'intestin.

Tous les auteurs coupent transversalement le rectum au-dessus et au-dessous du cancer aussi loin que possible du néoplasme, mais nous devons encore ici noter des différences.

Kraske et beaucoup d'autres à son exemple fendent verticalement par une incision la paroi postérieure du rectum dans sa portion sus-sphinctérienne, et cela avant de faire la section transversale de l'intestin au-dessous du cancer; Heinecke va même jusqu'à sectionner le sphincter en arrière, c'est faire perdre à la méthode toute sa supériorité.

La manière d'anastomoser les deux extrémités sectionnées de l'intestin ne diffère pas moins: après avoir fait la suture complète circulaire, Kraske l'a abandonnée; afin d'éviter ce qui lui est arrivé, l'issue des matières fécales dans le péritoine, il ménage un anus artificiel au niveau de sa ligne de suture, Heinecke et Hocchenegg vont plus loin et suturent de parti pris le pourtour du bout supérieur de l'intestin aux bords cutanés de l'incision sacrée, se réservant de fermer cet anus artificiel par une opération ultérieure.

Schede, au contraire, fait la suture totale, c'est ce que j'ai fait aussi, sans cependant assurer ma suture contre l'issue des matières par la formation d'un anus iliaque comme le conseille et l'a pratiqué le chirurgien de Hambourg.

Kraske lui-même dit qu'il reviendra à la suture circulaire totale quand il pourra, par des purgatifs et des lavages, bien vider l'intestin; il serait même décidé à pratiquer comme Schede l'anus artificiel préventif.

Tous les chirurgiens sont d'accord sur la conduite à tenir vis-à-vis de la plaie sacrée: tous laissent une plaie ouverte quelque-

fois rétrécie par quelques points de suture, et pansent avec la gaze iodoformée.

A côté de la méthode de Kraske, je dois mentionner le procédé opératoire qu'a employé à l'hôpital Bichat mon excellent maître et ami M. le Dr Terrier; préoccupé lui aussi de ne pas rendre infirme le malade qui se confiait à ses soins, M. Terrier a voulu lui conserver son sphincter, et a réussi dans son entreprise; son procédé est des plus ingénieux; je ne lui fais qu'un reproche, c'est qu'il a sectionné ce sphincter si précieux en avant et en arrière, et que par conséquent le succès tenait à un point de suture.

Je préfère pour ma part ne pas toucher au sphincter.

Malheureusement, si nous savons enlever le cancer, nous ne pouvons pas toujours prévenir sa récurrence; j'estime que le chirurgien doit avant tout s'efforcer de donner à son opéré une guérison opératoire rapide et complète, afin que le malade ait au moins une illusion absolue jusqu'à la récurrence si elle a lieu.

C'est pour cela que chez ma malade j'ai absolument respecté le sphincter anal et l'extrémité inférieure saine du rectum, prenant même la précaution en réséquant le coccyx de le détacher de haut en bas à la rugine pour laisser en place les tissus fibro-périostiques où s'attache le raphé postérieur.

C'est toujours dans le but de diminuer le plus possible la mutilation que j'ai à peine entamé le sacrum, je crois même qu'il est presque inutile d'y toucher, même pour des cancers siégeant très haut.

A peine le péritoine ouvert et l'intestin descendu, j'ai vite refermé par une bonne suture la cavité abdominale transformant de suite cette intervention en une opération extra-péritonéale.

Enfin, j'ai suturé les deux bouts de l'intestin sur tout leur pourtour, car, comme je le disais au début, j'ai horreur de l'anus contre nature.

Je n'ai voulu ici parler de la méthode sacrée que pour la cure du cancer du rectum; mais elle est appliquée et applicable à beaucoup d'autres affections.

Schede, Hégart et Wiedow l'ont employée pour aller ouvrir des collections purulentes siégeant, soit dans la profondeur en avant de la colonne vertébrale, soit dans les annexes de l'utérus.

Hégart lui reconnaît sur la voie vaginale une grande supériorité pour pratiquer l'hystérectomie, car, dit-il, on voit ce qu'on fait; c'est bien l'impression que m'a produite l'opération de cette nature que j'ai vu faire par le professeur Czerny.

Bardenheuer et Hochenegg ont encore étendu ses indications; le premier conseille de recourir à la méthode sacrée pour la cure des fistules recto-vaginales élevées qui ont résisté aux autres moyens de traitement, et aussi dans les rétrécissements non cancéreux; le second l'a appliquée avec succès à la cure de malfor-

mations congénitales avec abouchements anormaux de l'intestin, à un cas de prolapsus du rectum, et enfin à la cure de tumeurs non cancéreuses.

Je suis convaincu pour ma part que c'est là une méthode d'avenir qui mérite d'être étudiée chez nous plus qu'elle ne l'a été jusqu'ici.

Discussion.

M. DESPRÉS. Je ne comprends pas que des sutures placées sur la tunique musculaire puissent prendre. Si elles réussissaient, ce ne pourrait être que par réunion par seconde intention et en créant un rétrécissement.

Les observations venues de l'étranger n'ont qu'une valeur contestable, les malades ayant été suivis trop peu de temps.

Je n'aurais pas conçu cette opération et je m'étonne qu'on l'ait conçue.

M. POZZI. M. Routier a judicieusement indiqué que là le procédé de Kraske a deux avantages : donner : 1° la possibilité d'enlever des tumeurs inaccessibles ; 2° celle de conserver le sphincter. Cette méthode est encore précieuse alors que la seconde condition ne peut pas être remplie, pour une raison ou pour une autre. J'ai moi-même enlevé un rétrécissement cancéreux, par la voie pelvienne en réséquant le coccyx et une partie du sacrum. Comme il s'agissait d'une femme âgée, 68 ans, et très affaiblie, je n'ai pas voulu lui faire courir le risque de la suture complète de l'intestin et j'ai suturé avec la peau le rectum fendu en arrière, de façon à constituer une large rectotomie sacrée. J'ai communiqué ce fait au dernier Congrès de Chirurgie. C'est la première fois que la résection du sacrum a été faite en France pour aborder un cancer du rectum.

M. MARC SÉE. L'incision postérieure du sphincter peut être très avantageuse dans certaines circonstances. Je l'ai employée surtout dans la cure des fistules recto-vaginales et je m'en suis très bien trouvé. L'incontinence disparaît rapidement.

M. ROUTIER. Les sutures de la muqueuse et de la musculuse tiennent très bien. Le reproche de M. Després tombe à faux. Quelques observations de Kraske datant de 2 et 3 ans.

Présentation de malade.

Procédé pour obtenir l'occlusion des fistules trachéales par une autoplastie,

Par M. PAUL BERGER.

En vous présentant le 17 juillet dernier un malade que mon

collègue M. le Dr Gouguenheim avait traité et guéri d'un rétrécissement de la trachée par la dilatation (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, nouv. série, t. XV, p. 403, 15 mai 1889), et en vous annonçant l'intention de fermer la fistule résultant de la trachéotomie qui avait été pratiquée sur ce sujet il y a 4 ans, j'ai pris l'engagement de vous montrer ce malade après la guérison complète de l'opération que je comptais faire, et de vous présenter en même temps un autre sujet que j'ai, cette année même, débarrassé d'une fistule encore plus ancienne et plus large. C'est ce que je viens faire en vous donnant en même temps quelques détails sur le procédé qui m'a permis d'obtenir la guérison de ces deux opérés.

Dans les fistules trachéales très anciennes l'orifice fistuleux est constitué par un anneau cicatriciel toujours intimement uni au pourtour de la perte de substance de la trachée : je dis perte de substance, car, par le fait du port de la canule, prolongé pendant de longues années, il s'est fait en ce point une véritable destruction du squelette cartilagineux de la trachée. Cet orifice plus ou moins large (chez le premier de mes opérés, il admettait le bout du petit doigt ; chez le second, il avait le diamètre d'un gros pois) est donc adhérent à la trachée, qu'il suit dans ses mouvements ; il est très profondément situé dans un enfoncement limité de chaque côté par le relief des muscles prétrachéaux et des sterno-mastoïdiens.

Il pourrait suffire, pour en obtenir l'occlusion, de faire un avivement de sa circonférence, avivement dont on réunirait les bords par une suture qui comprendrait les cerceaux cartilagineux de la trachée. L'élasticité et la résistance de ceux-ci feraient échouer la suture, et, si celle-ci réussissait, elle aurait pour conséquence la reconstitution d'un rétrécissement plus ou moins prononcé de la trachée au niveau de l'ancien orifice fistuleux.

On pourrait essayer de faire une autoplastie trachéale, en favorisant le rapprochement des deux lèvres de la fistule trachéale sur la ligne médiane, au moyen d'incisions libératrices pratiquées de chaque côté sur le squelette cartilagineux de la trachée, ou de tailler dans la trachée même une sorte de lambeau cartilagineux et fibreux avec lequel on viendrait boucher la perte de substance. Ces opérations, d'un succès très douteux, entraîneraient comme inconvénients et même comme dangers la possibilité d'un écoulement sanguin notable dans les voies aériennes, de l'emphysème post-opératoire du cou, et toutes les conséquences graves auxquelles peuvent donner lieu les plaies de la trachée.

On pourrait être tenté, comme M. Després a proposé de le faire sans tenter la réunion profonde, de se borner à pratiquer autour de l'orifice fistuleux un avivement annulaire dont on réunirait les

bords par la suture. Ce plan séduit tout d'abord par sa simplicité : il se peut qu'il réussisse lorsqu'il s'agit de fistules de petites dimensions, peu enfoncées et relativement récentes ; dans les cas analogues à ceux que j'ai eus à traiter, il se heurterait aux deux principaux obstacles que voici :

1° La mobilité extrême des parties, le mouvement incessant d'ascension du larynx, les contractions des muscles peauciers, sterno-mastoïdiens et prétrachéaux, feraient vraisemblablement échouer une réunion établie par un seul étage de sutures et ne portant que sur les téguments.

2° Derrière cette réunion persisterait un infundibulum cicatriciel ouvert dans la trachée, peut-être même une véritable cavité en communication avec la cavité des voies aériennes, cavité sur les parois de laquelle la poussée de l'air s'exerçant dans l'expiration et dans les efforts distendrait et ferait échouer la suture ou, si celle-ci réussissait, constituerait à la région sous-hyoïdienne une sorte de bronchocèle.

Pour éviter ces causes d'insuccès, il me parut nécessaire d'établir deux plans de réunion superposés : l'un réunissant les bords de la perte de substance de la trachée, comblant cette perte de substance et offrant du côté de la cavité du tube aérien une surface recouverte en totalité d'épiderme ; l'autre superficiel, réunissant les parties molles trachéales en avant de la ligne de réunion précédente ; et de fixer ces deux plans de réunion par deux sutures superposées en étage : l'une profonde, perdue, composée de fils résorbables ; l'autre superficielle, pratiquée avec le crin de Florence, la soie ou le fil métallique.

Pour constituer la réunion de la perte de substance de la trachée, je résolus d'employer les téguments cicatriciels de l'orifice fistuleux lui-même et des parties immédiatement adjacentes. Pour la réunion des parties molles superficielles, en raison de l'écartement des bords de la solution de continuité déterminée par ce premier acte, j'eus recours à la mobilisation de deux lambeaux bi-pédiculés, de deux ponts latéraux, comprenant les parties molles de chaque moitié de la région antéro-latérale du cou, points que je réunis et suturai sur la ligne médiane.

Voici comme je procédai :

I. *Premier acte : occlusion de la fistule.* — L'orifice fistuleux fut circonscrit par deux incisions semi-elliptiques, se réunissant en pointe au-dessus et au-dessous de lui, et comprenant une étendue de téguments suffisante pour que ceux-ci pussent, retournés et rabattus sur l'orifice fistuleux, le boucher entièrement. La collerette cutanée et cicatricielle circonscrite de la sorte fut alors disséquée

de la circonférence vers le centre, jusqu'à ce qu'elle n'adhérât plus que par son bord interne et profond à la circonférence de la perte de substance de la trachée. Elle fut alors retournée sur elle-même de telle sorte que sa surface épidermique fût renversée du côté de la trachée et que sa face cruentée fût tournée en avant. Pour faciliter l'intelligence de cette description on peut se figurer les téguments, entourant l'orifice fistuleux, disséqués, formant une sorte de pavillon ne tenant plus qu'au bord même de cet orifice fistuleux : puis, ce pavillon invaginé, en quelque sorte, au travers de l'orifice de la fistule de manière à l'oblitérer. Quelques points de suture pratiqués avec du catgut excessivement fin et parfaitement aseptique me servirent à réunir les bords opposés de la collerette cutanée ainsi retournée. Cette suture fut disposée de manière à établir le contact exclusivement entre les surfaces saignantes de la collerette tégumentaire sans aucunement intéresser sa face épidermique ; j'ai adopté pour cela un mode de suture analogue à la suture de Lembert.

De la sorte, les téguments environnant la perte de substance de la trachée étaient rabattus sur celle-ci et la comblaient, présentant leur épiderme du côté de la cavité trachéale, et présentant leurs faces cruentées maintenues en contact par une suture résorbable très soignée.

II. *Deuxième acte : Réunion des parties molles superficielles.*

— Pour recouvrir cette réunion profonde et combler la perte de substance créée par la dissection de la collerette de téguments tout autour de l'orifice fistuleux, je taillai et je mobilisai de chaque côté de cette perte de substance deux ponts verticaux comprenant les téguments du cou et même quelques-unes des parties sous-jacentes, ponts que je rapprochai et que je réunis sur la ligne médiane. Pour les constituer, je prolongeai un peu par en haut et par en bas les angles de la perte de substance qu'avaient circonscrite mes premières incisions ; puis, à deux travers de doigt environ en dehors, je fis sur chaque côté du cou, au niveau du relief des sterno-mastoïdiens, une grande incision à peu près verticale, longue de 6 à 7 centimètres, intéressant la peau, le peaucier et l'aponévrose cervicale superficielle. Je limitai de la sorte deux ponts verticaux comprenant de chaque côté de la perte de substance, la peau, le peaucier et l'aponévrose superficielle ; je les mobilisai en les séparant par une dissection rapide des parties plus profondes ; je les rapprochai sur la ligne médiane, et j'unis leurs bords internes mis au contact par de nombreux points de suture en crin de Florence.

Ces deux lambeaux réunis sur la ligne médiane laissaient sur

leur côté externe un écartement au fond duquel le muscle sterno-mastoïdien se voyait à nu; je ne fis à ce niveau ni réunion, ni drainage; un pansement au salol fut appliqué sur toutes les régions antéro-latérales du cou et laissé en place une huitaine de jours.

Les deux opérations furent faites pendant l'anesthésie chloroformique qui s'obtint sans aucune difficulté par l'orifice trachéal, d'abord, puis par l'orifice supérieur des voies aériennes. A la suite de l'opération, les malades ne ressentirent aucune gêne respiratoire; il n'y eut d'ailleurs aucun retentissement général, aucune complication locale.

Le malade que je vous ai présenté le 17 juillet de la part de M. Gouguenheim fut opéré par moi le 22 du même mois. Il guérit par première intention sous un seul pansement, tout au moins pour ce qui est de l'occlusion de la fistule et de la réunion des lambeaux sur la ligne médiane. Les plaies latérales se fermèrent par granulation en quelques semaines.

Le premier de mes opérés, qui m'avait également été confié par M. Gouguenheim a une histoire un peu plus compliquée. Cet homme portait une fistule admettant l'extrémité du petit doigt, à la suite d'une trachéotomie qui avait été pratiquée sur lui il y a 19 ans par M. Richet. La cause qui avait nécessité cette opération est demeurée inconnue : comme à cette époque le malade n'avait pas quinze ans, il est peu vraisemblable que les accidents laryngés fussent d'origine syphilitique. Il porte bien à la région sous-claviculaire gauche des cicatrices profondes pouvant faire penser à une affection tuberculeuse; mais il semblerait étrange qu'une tuberculisation laryngée ayant nécessité la trachéotomie fût arrivée à guérison complète; or, l'examen laryngoscopique ne décèle aucune lésion actuelle et aucune trace d'affection antérieure destructive et profonde. Quoi qu'il en soit, comme le malade ne présentait aucune gêne respiratoire quand il bouchait l'orifice fistuleux, et qu'il pouvait parler à haute voix et respirer sans difficulté, sur le conseil de M. Gouguenheim, je l'opérai le 8 avril de cette année.

Le lendemain de l'opération, survint une quinte violente de toux pendant laquelle l'opéré sentit un peu d'air sortir au travers de la ligne de réunion. Le 8^e jour néanmoins, en changeant de pansement, je ne surpris rien d'anormal, et quand, le 18^e jour, j'enlevai les fils, je pus croire la réunion parfaite. Vers le milieu de mai, néanmoins, je m'aperçus d'un point de suppuration qui s'était fait jour vers la partie inférieure de la ligne de réunion; en ce point persista un petit pertuis, ne donnant lieu qu'à très peu de suintement, ne laissant pas passer l'air, admettant à peine un fin stylet qui était arrêté à 1 centimètre de

profondeur; mais comme cet état persistait et menaçait de s'éterniser, le 22 juillet je fendis cette fistulette, qui ne pénétrait pas jusqu'à la trachée dans toute sa longueur, j'en excisai les bords et je les réunis par une nouvelle suture. Depuis lors, le sujet est resté guéri.

On peut actuellement juger du résultat chez l'un et chez l'autre des opérés. La cicatrice est ferme, un peu tendue, très résistante, et elle ne présente aucune impulsion dans la toux ni dans les efforts. La guérison de la fistule paraît donc être solide et définitive. Les incisions latérales sont réunies, mais, jointes à la ligne de réunion médiane, elles laissent des traces assez visibles et dont il faudrait tenir compte pour l'appréciation du procédé en question chez les sujets du sexe féminin. Mon premier opéré (le trachéotomisé de M. Richet) parle à haute voix, marche et court même sans essoufflement et sans qu'il se produise de cornage; il ne ressent un peu de gêne que pour monter les escaliers. Le second, celui dont M. Gouguenheim a dilaté le rétrécissement trachéal, respire sans difficulté; mais chez lui la voix est toujours éteinte, et il a fallu revenir à la dilatation quotidienne de son rétrécissement. L'on peut constater, somme toute, que si le résultat obtenu par mon collègue ne s'est pas absolument maintenu sans traitement, il peut être entretenu et accru par l'emploi méthodique du moyen même qui a amené la guérison.

Quant au procédé d'occlusion de la fistule trachéale, sa valeur me paraît établie par l'examen des malades que je vous sou mets. Sur un point seulement, je veux retenir encore un instant votre attention : pour obtenir une cicatrice trachéale plus ferme, au moyen d'un tissu possédant toutes les qualités du tissu même de la trachée, je m'étais proposé un instant d'interposer entre mes deux plans de réunion une greffe périostique ou même cartilagineuse empruntée à un animal jeune, soit au tibia, soit même à la trachée d'un jeune lapin. J'ai craint, en interposant ce corps étranger dont la survie, l'adhésion et l'unification aux parties environnantes était problématique, de compromettre mes plans, superficiel et profond. L'essai pourrait être tenté; mais on voit, par les résultats que je vous présente, que point n'est besoin de rétablir la continuité du squelette cartilagineux de la trachée par une cicatrice cartilagineuse pour obtenir une réparation au moyen d'un tissu très dense, très ferme, et possédant toutes les qualités de résistance et de solidité requises. — Je ne croirais donc pas devoir, le cas échéant, m'écarter du procédé que j'ai adopté, afin de poursuivre une expérience plus intéressante qu'utile à la réussite de l'opération.

Discussion.

M. KIRMISSON. J'ai mis en usage un procédé analogue avant M. Berger, en 1886, à Cochin, pour une fistule pénienne, sans succès, du reste.

M. TH. ANGER. Je connais le malade dont parle M. Kirmisson ; il défaisait ses sutures pour conserver son infirmité et vivre dans les hôpitaux ; ainsi s'explique l'insuccès de notre collègue.

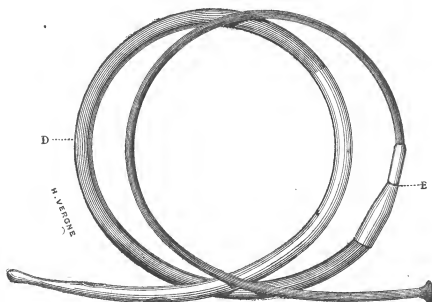
Présentation d'instruments.

Présentation d'une sonde vissée sur une bougie conductrice, et destinée à faciliter le passage du bout postérieur au bout antérieur, après l'uréthrotomie externe,

PAR M. E. KIRMISSON.

Ayant eu, dans ces derniers temps, l'occasion de pratiquer trois fois l'uréthrotomie externe pour des ruptures de l'urèthre dans mon service de l'Hôtel-Dieu, j'ai été frappé des difficultés que l'on éprouve à faire passer la sonde à demeure du bout postérieur dans le bout antérieur de l'urèthre, une fois l'opération terminée. Que l'on se serve d'une sonde attachée à l'aide d'un fil à une bougie préalablement introduite dans le bout antérieur, ou que l'on glisse la sonde sur un mandrin de baleine, dans un cas comme dans l'autre, la différence de calibre des deux instruments fait que l'extrémité antérieure de la sonde vient buter contre le bout antérieur de l'urèthre, quand elle le rencontre, le contusionne et le fait saigner. — J'ai prié M. Vergne de construire un instrument qui permît d'éviter cet inconvénient très réel à la suite de l'uréthrotomie externe. Cet instrument, que j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie, se compose d'une bougie dont l'extrémité effilée peut être enlevée grâce à un pas de vis qui la maintient, pour faire place à la sonde à demeure dont l'extrémité antérieure elle-même, pourvue d'un ajustage métallique, vient se visser sur la bougie conductrice. La forme de l'ajutage métallique réunissant les deux instruments, est effilée en avant, de manière à permettre une transition insensible entre le calibre mince de la bougie et le volume plus considérable de la sonde. Le bout postérieur de l'urèthre ayant été rencontré par le chirurgien, et la sonde y étant introduite, on dévisse l'extrémité

terminale de la bougie préalablement placée dans le bout intérieur, et on la remplace par la sonde qui est vissée sur l'ajutage métallique que nous avons précédemment décrit. Grâce à



l'augmentation graduelle et insensible de volume que présentent les deux instruments ainsi réunis, le passage du bout postérieur au bout antérieur se fait sans arrêt et avec la plus grande facilité. L'instrument essayé par nous sur l'un de nos opérés a fonctionné de la manière la plus satisfaisante. La planche ci-jointe permettra du reste de se rendre compte aisément de la disposition de l'instrument et de son mode d'emploi.

Discussion.

M. TRÉLAT. On obtient plus simplement le même résultat avec un mandrin de baleine et une sonde percée des deux bouts, lisse.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,

S. Pozzi.

Séance du 6 novembre 1889.

Présidence de M. LE DENTU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° M. CHAPUT se porte candidat à la place de titulaire déclarée vacante ;

3° M. NICAISE demande un congé de deux mois ; M. CHAMPIONNIÈRE s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

4° Une lettre de M. HERYNG demandant à être inscrit sur la liste des candidats au titre de correspondant étranger. Le chirurgien de Varsovie envoie à l'appui de sa candidature : l'exposé de ses titres et les travaux qu'il a publiés en langue française ;

5° *Statistique des opérations pratiquées à l'hôtel-Dieu de Marseille*, par le professeur VILLENEUVE, membre correspondant national ;

6° *Tétanos céphalique avec paralysie faciale à droite, guérison*, par le Dr José PEREIRA-GUIMARAES, professeur à Rio-de-Janeiro (Brésil) ;

7° Un extrait du testament de M. RICONO, qui lègue à la Société de chirurgie une somme 5,000 francs pour fondation d'un prix bi-annuel en son nom ;

8° Concours pour le prix GERDY :

Traitement des suppurations diffuses et enkystées du petit bassin, avec l'épigraphie : « Les faits publiés constituent un vaste champ d'expérience impersonnelle, etc. » Inscrit sous le n° 1 ;

9° Concours pour le prix LABORIE :

De l'ostéome des muscles de la cuisse chez les cavaliers (Ars tota in observationibus). Inscrit sous le n° 1 ;

The Treatment of malignant Disease of the Rectum (Accipere et dare). Inscrit sous le n° 2 ;

Étude sur les kystes du pancréas (On connaît peu les maladies du pancréas; on ne les recherche pas), Inscrit sous le n° 3;

Ruptures du biceps brachial (Il faut chercher pour trouver). Inscrit sous le n° 4.

A propos du procès-verbal.

Résection du rectum.

M. TERRIER. J'ai demandé la parole pour approuver la conduite de mon ami le D^r Routier et en même temps pour vous donner un aperçu de ce qu'on peut faire, dans les cas de cancer du rectum, situé à une certaine hauteur et présentant une disposition annulaire.

Comme le chirurgien allemand, M. Routier a attaqué le rectum par sa partie latérale, en ménageant les sphincters et la muqueuse ano-rectale restée saine au-dessous de la néo-formation épithéliale.

Or, de mon côté, peu enthousiasmé par les colotomies lombaires ou iliaques, qui constituent des opérations *in extremis* et déterminent de dures infirmités, je me suis efforcé d'enlever la partie malade, toujours en respectant, autant que possible, la région ano-rectale, restée saine dans un certain nombre de cas. Seulement, au lieu de pénétrer par la paroi latérale, j'ai opéré par les voies inférieures naturelles, les agrandissant toutefois en pratiquant la rectotomie linéaire, et même la résection du coccyx.

Cette manière de procéder a été déjà publiée le 6 avril 1889¹, par mon ami et ancien interne M. Baudoin, et mon opération avait été faite le 14 décembre 1888, c'est-à-dire il y a presque une année.

Il s'agissait d'un homme de 57 ans, qui offrait tous les symptômes d'un rétrécissement rectal. L'examen faisait, en effet, découvrir à 7 ou 8 centimètres de l'anus un rétrécissement, long de 4 à 5 centimètres, au-dessus duquel on arriva dans une ampoule intestinale. On peut accrocher la tumeur et la mouvoir en divers sens; quant à sa nature, il n'est pas douteux qu'on ait affaire à un cancer annulaire du rectum.

Le tube digestif fut désinfecté par l'usage du lait, du naphthol B et des lavements boriqués répétés.

L'opération consista, le malade ayant été placé dans la position de la taille et anesthésié, à inciser les parties en arrière, de l'anus au coccyx.

¹ *Progrès médical*, 2^e série, t. IX, n° 14, 6 avril 1889.

Le rectum largement ouvert en arrière, je fis sur ses parois latérales et antérieures une *incision circulaire*, qui sépare les parties saines des parties malades situées au-dessus.

Puis, au-dessus de cette incision circulaire, je décollai les parois rectales avec les doigts et les ciseaux, de façon à isoler l'intestin et par conséquent à faire descendre la tumeur aussi bas que possible. L'hémostase est faite avec soin à l'aide de pinces à pression.

Pour faciliter l'abaissement, je dus d'une part réséquer le coccyx, d'autre part ouvrir le cul-de-sac péritonéal vésico-rectal. Le rectum abaissé, je plaçai sur lui deux pinces courbes, de façon à ce que ces pinces soient situées au-dessus de la néoformation, et pour placer ces pinces j'ai dû ouvrir l'intestin en arrière.

Enfin j'excisai aux ciseaux toute la partie malade. Il restait à suturer la partie supérieure saine du rectum, avec la partie inférieure, saine aussi, ano-rectale. Ces sutures furent faites avec du fort catgut; puis je suturai en arrière le sphincter divisé dans le premier temps de mon opération.

En avant la suture est complète, en arrière il reste l'incision qui de l'anus va au coccyx; seule la partie sphinctérienne a été suturée.

Le pansement est fait avec de la gaze et de la ouate iodoformée, placée et dans le rectum et au dehors de lui.

Notons que pendant toute l'opération des tampons iodoformés placés dans le rectum, à mesure qu'avancait l'opération, ont empêché toute contamination de la plaie par les matières intestinales.

Dans mes manœuvres opératoires, et pour faciliter l'abaissement rectal, j'avais dû ouvrir le cul-de-sac péritonéal vésico-rectal; de plus, j'avais incisé le sphincter en avant. Cette incision fut suturée, et du cul-de-sac jusqu'en avant du sphincter j'avais cru devoir placer un tube à drainage.

Je crois que cette manœuvre peut être évitée, surtout l'incision du sphincter en avant, et j'en ai eu la preuve dans une seconde opération faite, celle-ci, chez une dame.

Quoi qu'il en soit, mon opéré guérit fort vite, la réunion des deux parties du rectum se fit très bien, pendant quelque temps il y eut de l'incontinence des matières, mais dès le dixième jour le besoin de la défécation se fit sentir et les selles devinrent volontaires.

Trois mois et demi après l'opération, tout allait fort bien, il n'y avait pas trace de rétrécissement rectal au niveau des parties suturées, seule la plaie ano-coccygienne n'était pas encore guérie complètement.

C'est en effet un des inconvénients de la section linéaire posté-

rieure et surtout de la résection du coccyx, inconvénient assez léger d'ailleurs si l'on tient compte de la gravité des lésions que nécessitent ces interventions sérieuses.

Comme on le voit, j'ai dans ce cas pratiqué une véritable résection du rectum, résection comprenant la tumeur rectale et les parties saines immédiatement voisines.

Mon ami et élève M. Baudouin pense que c'est la première fois qu'on a, en France au moins, pratiqué cette *résection* de parti pris et avec succès. Comme lui, je n'ai pas trouvé d'observations analogues, peut-être y en a-t-il ?

Ma seconde opération, faite toujours d'après les mêmes principes, date du 26 mai 1889. Il s'agissait d'une dame de 43 ans, malade depuis deux ans et demi, et chez laquelle on avait diagnostiqué la lésion organique depuis un an.

L'état général était profondément altéré par les douleurs et les accidents de rétention intestinale.

Le néoplasme, adhérent aux parties voisines, était à 12 centimètres de l'anus et disposé circulairement. Je pus atteindre ses limites supérieures dans un examen sous chloroforme, il avait environ 4 centimètres de hauteur.

J'incisai de l'anus au coccyx, faisant une large rectotomie linéaire postérieure. Puis je réséquai par deux fois le coccyx, pour arriver à la partie inférieure de la néoformation.

Le rectum ainsi ouvert, j'incisai sa paroi, au-dessous de la néoformation, de façon à conserver toute la partie inférieure saine et les sphincters.

J'ai ainsi, en bas la partie saine du rectum, ouverte en arrière, en haut la partie malade, haute de 4 centimètres. J'incisai celle-ci en arrière jusque dans le tissu cellulaire pelvien, certainement induré, puis à l'aide de pincés à griffes je m'efforçai d'attirer en bas l'intestin malade, le détachant des parties voisines soit avec les doigts, soit à coups de ciseaux. A ce moment, mon excellent ami le Dr Quénu, qui m'assistait, pensa que l'opération ne pourrait s'achever vu les adhérences que je trouvais autour de l'intestin.

Cependant j'arrivai au cul-de-sac péritonéal recto-utérin que j'ouvris largement, ce qui me permit de compléter la dissection et l'abaissement de la partie supérieure de l'intestin rectum. Toute la partie malade fut excisée peu à peu, si bien que j'en arrivai à exercer mes tractions sur l'S iliaque, ayant retenu son mésentère dans lequel j'enlevai des ganglions altérés.

Alors, toute la partie malade étant bien enlevée je fixai par une vingtaine de points de suture au catgut l'intestin iliaque à la partie inférieure du rectum ouvert en arrière. En avant, les sutures répondent à la muqueuse rectale; en arrière, je dus les faire à la

peau, mon orifice rectal étant reporté un peu en arrière par suite d'une véritable insuffisance de longueur de l'intestin.

Toujours est-il, c'est que toute la partie inférieure du rectum saine fut conservée, seulement elle restait ouverte en arrière et offrait l'aspect d'une vulve. Je plaçai de chaque côté du rectum deux drains plongeant dans les fosses ischio-rectales. Pansement à l'iodoforme.

Pendant cette très pénible et longue opération, je ne pus maintenir l'asepsie de la plaie par le tamponnement rectal, aussi ma réunion par première intention ne fut-elle que partielle et des parties de muqueuse furent sphacelées ultérieurement par suite du tiraillement des fils.

Quoi qu'il en soit, la malade put se lever au bout d'un mois. J'ai revu cette dame tout récemment et il n'existe aucun rétrécissement rectal; de plus, les selles, longtemps inconscientes, sont actuellement très bien réglées et absolument indolores. Ici encore la seule chose qui reste à cicatriser est une petite plaie correspondant à la pointe du coccyx réséqué.

En résumé, s'il est parfaitement rationnel d'aborder le rectum par sa paroi latérale pour enlever une tumeur de l'intestin, ce que j'ai d'ailleurs fait pour réséquer un *diverticule*¹, on voit par ce qui précède qu'on peut à la rigueur pratiquer la résection de l'intestin rectal par les voies naturelles, en les agrandissant par la rectotomie linéaire et même par la résection d'une ou de plusieurs pièces du coccyx.

La tumeur enlevée ainsi que la paroi rectale voisine, on rétablit par des sutures la continuité de l'intestin, et on répare autant que faire se peut la brèche postérieure faite aux sphincters et à la paroi intestinale restée saine au-dessus de la néoformation.

Rapport.

Sur l'origine infectieuse du tétanos des nouveau-nés, par P.-A. LOP, externe des hôpitaux de Marseille.

Rapport par M. L.-G. RICHELOT.

Messieurs, j'ai à vous rendre compte d'un travail de M. Lop, externe des hôpitaux de Marseille, *sur l'origine infectieuse du tétanos des nouveau-nés*. La plupart des recherches ayant porté jusqu'ici sur le tétanos des adultes, l'observation de M. Lop et les

¹ Communication au dernier Congrès de chirurgie français en octobre 1889.

expériences qui l'accompagnent offrent par là même un certain caractère d'originalité.

Je laisse de côté le détail du fait clinique, d'ailleurs fort simple. Il s'agit d'un enfant qui fut pris de trismus au dixième jour après sa naissance, et qui succomba rapidement; la nature du mal me paraît démontrée, et je ne veux attirer votre attention que sur les considérations émises par l'auteur au sujet de la pathogénie.

M. Lop élimine d'abord l'opinion un peu fantaisiste de Parrot, qui rattachait le tétanos des nouveau-nés à l'encéphalopathie urémique et à l'athrepsie, en faisant remarquer que son petit malade était vigoureux et bien nourri. Puis il met en présence l'*origine équine*, soutenue par M. Verneuil, et l'*origine tellurique*, qui a pour partisans Nicolaiew, Rosenbach, etc.

L'habitation où est né l'enfant est située dans l'île du Frioul, à 150 pas d'une écurie où se trouvent des chevaux appartenant au génie militaire. Ces chevaux viennent de la caserne d'artillerie de Marseille, dans laquelle un cheval est mort du tétanos quelques jours avant leur départ, il y a un an. Les germes tétanigènes n'ont-ils pas été importés au Frioul par cette voie? De plus, la mère de l'enfant avait l'habitude d'étendre son linge dans le voisinage de l'écurie. Tels sont les faits qu'on peut invoquer en faveur de l'origine équine dans ce cas particulier. Mais les recherches que l'auteur a faites à l'appui de cette idée n'ont donné qu'un résultat négatif: de la poussière provenant de l'écurie et de l'endroit où on panse les chevaux, inoculée à des cobayes, n'a rien produit qui ressemble au tétanos.

Quant à l'origine tellurique, M. Lop nous donne des conclusions plus précises. Voici les recherches qu'il a faites au laboratoire de bactériologie de l'Ecole de médecine, dirigé par M. le professeur Rietsch :

Ayant appris que la mère de l'enfant avait, quelques jours avant ses couches, lavé dans une mare d'eau croupissante abandonnée depuis longtemps les langes et les pièces qui devaient servir à panser le nouveau-né, il prit un peu de vase au fond de cette mare et un peu de terre de son voisinage. D'autre part, il recueillit la moelle, le pus et les tissus environnant l'ombilic, et institua deux séries d'expériences.

Première série. — La moelle, inoculée à des cobayes, ne provoqua aucun phénomène tétanique; au niveau des piqûres, se forma un peu de pus, dont l'inoculation à d'autres cobayes fut sans résultat. Cette première expérience confirme les recherches de M. Nocart, qui n'a jamais réussi à provoquer le tétanos avec de la substance nerveuse empruntée à tous les points du système cérébro-spinal.

Avec le *pus*, un cobaye mourut de septicémie, deux autres ne présentèrent qu'une légère contraction du membre le plus proche du point inoculé, qui disparut en trois jours.

Dans une troisième expérience, un tube de sérum de veau liquideensemencé avec le *pus* fut placé dans l'étuve à 39° pendant quarante-huit heures, et le microscope y démontra l'existence de nombreux bacilles. Dix gouttes de ce liquide furent inoculées par voie hypodermique à deux cobayes adultes; ces animaux présentèrent, quarante-huit heures après, des phénomènes tétaniques très accentués : contractures en extension, contractures des muscles du cou et du dos, un peu de strabisme divergent. Ces phénomènes durèrent deux jours, et pendant ce temps la quantité de l'urine diminua beaucoup; mais peu à peu tout disparut et les animaux guérirent.

Deuxième série. — Voici maintenant ce que produisit la vase provenant de la mare où avaient été lavés les linges destinés à l'enfant :

I. — Deux cobayes adultes, inoculés avec une petite quantité de cette vase introduite dans une poche pratiquée sous la peau, succombèrent au bout de quatre jours avec des symptômes tétaniques très accentués.

Avec le *pus* existant au point d'inoculation, on ensemença deux tubes de sérum de veau liquide, qui furent placés dans l'étuve et maintenus à une température variant de 35 à 37°. Au bout de quelques jours on constatait, par l'examen microscopique de ces cultures, une assez grande quantité de bacilles fins à spores terminales renflées, qui furent considérés comme les bacilles tétaniques.

II. — Des inoculations faites avec ces cultures chez deux cobayes ont donné également des résultats positifs; les animaux sont morts de tétanos trois jours après l'inoculation.

« Ces résultats, dit M. Lop, viennent plaider en faveur de la théorie tellurique. C'est la vase de la mare qui nous a donné les meilleurs résultats; l'eau et la terre voisine n'ont rien produit. » Et, pensant avoir eu affaire à un tétanos tellurique, l'auteur se rallie à l'opinion de Beumer, qui est la suivante :

« Le tétanos des nouveau-nés reconnaît la même étiologie (qu'elle soit tellurique ou équine) que le tétanos traumatique des adultes. »

Je pense, Messieurs, que cette proposition est exacte, et qu'il n'y a, entre le tétanos de l'adulte et celui du nouveau-né, aucune différence pathogénique. Je pense qu'il s'agit, dans les deux cas, d'une maladie infectieuse, théorie à laquelle je me suis rallié

d'après des faits récents dont j'ai rendu compte l'année dernière, et d'après les travaux que j'ai lus depuis quelques années. Quant à préciser davantage l'origine du mal, sans doute les expériences de M. Lop doivent être considérées comme une utile contribution à l'étude que poursuivent quelques-uns d'entre nous ; mais il me semble difficile, aujourd'hui encore, de trancher la question. C'est dans cet esprit et avec cette réserve que je vous propose de remercier M. Lop de son intéressante communication.

Discussion.

M. DESPRÉS. Je suis étonné qu'on néglige dans l'étiologie du tétanos l'influence du froid. Depuis la plus haute antiquité, cette cause est reconnue. Dans les pays chauds, comme le Sénégal, le tétanos est fréquent chez les nouveau-nés à cause des alternatives brusques de température (Bajou, *Maladies des Européens dans les pays chauds*).

M. RICHELOT. Je suis loin de nier l'intervention du froid, mais je puis dire que les deux cas de tétanos que j'ai observés l'an dernier ne pouvaient pas être attribués au froid. Il s'agissait de laparotomies, et les malades avaient été garanties soigneusement contre le refroidissement. Il semble y avoir eu contagion dans les cas auxquels je fais allusion.

M. DESPRÉS. Mes souvenirs me rappellent que Nélaton eut un cas de tétanos dans une maison de santé, à Neuilly, sur 14 opérés. Il n'y eut pas de contagion. A Sedan, où il fait chaud, j'ai eu 7 cas de tétanos. A l'armée de la Loire, par des temps rigoureux, où il n'y a pas de refroidissement (passage du chaud au froid), nous n'avons pas eu de tétanos.

Communication.

Trépanation du bassin pour le traitement des abcès chroniques de la fosse iliaque et du bassin,

Par le Dr TERRELLON.

Historique. — Il y a fort longtemps qu'on a traversé le bassin pour aller à la recherche d'esquilles ou pour suivre un trajet fistuleux. La première tentative de ce genre est due à Ledran. Mais, sans omettre les observations intéressantes de Bouchet (1779), de Percy (1792), on peut dire que c'est Ollier qui a tout récemment

indiqué la trépanation proprement dite comme méthode constante dans les cas de poussée inflammatoire du côté de la fosse iliaque interne. L'opinion très formelle et la pratique de ce chirurgien sont exposées dans une thèse de Gouilloud (Lyon, 1883). Kœnig a également publié des observations sur le même sujet.

M. Verneuil a fait plusieurs trépanations du bassin, suivant un manuel opératoire peu différent de celui d'Ollier, exposé tout au long dans une thèse de Weiss. Comme Ollier, il recommande comme point à trépaner la crête iliaque à la partie postérieure.

Son incision cutanée, de 8 centimètres environ, est menée parallèlement à cette crête iliaque et s'arrête à trois travers de doigt de la ligne des apophyses épineuses. Ce lieu d'élection a été choisi car il correspond au point le plus déclive de la fosse iliaque interne, le malade étant couché sur le dos.

Un auteur qui a tout récemment donné l'état historique actuel de la question, avec des observations personnelles (Condamine, *Thèse de Lyon*, 1888), insiste sur l'utilité de trépaner au point le plus déclive du bassin. Des déterminations expérimentales lui ont permis de fixer ce point, qui est en même temps le plus mince de l'os des îles. Il est exactement à l'intersection du grand et du moyen fessier.

Cet auteur, qui s'occupe spécialement du traitement de la psôite, indique qu'outre les abcès osseux qui se collectent dans la fosse iliaque, la trépanation sera encore légitime dans certaines fistules stercorales, dans les pérityphlites suppurées, où l'on ne peut drainer suffisamment; enfin dans le cas de grands foyers abcédés entretenus par un défaut d'affrontement des parties molles.

J'ai eu deux fois l'occasion de pratiquer la trépanation de l'os iliaque dans le but de drainer des abcès anciens, occupant la fosse iliaque interne et même la partie latérale interne du bassin.

Comme cette trépanation n'est pas employée d'un façon courante et que j'ai usé en ce cas d'un procédé un peu spécial, j'ai pensé qu'il était utile de les faire connaître, car je considère que c'est là un mode d'intervention très efficace en même temps qu'inoffensif.

La première observation est celle d'une jeune fille âgée de 18 ans, blonde et lymphatique, que je vis pour la première fois en 1880. Chez cette malade existaient plusieurs fistules donnant du pus en abondance et qui siégeaient en dedans et en dessus de l'épine iliaque antérieure gauche et vers le pli de l'aîne.

Ces fistules avaient succédé à la formation d'un vaste abcès situé dans la fosse iliaque et paraissant d'origine osseuse.

Des bougies filiformes introduites dans ce foyer pénétraient à une grande profondeur en paraissant se diriger vers la face interne du bassin, dans le voisinage de l'épine sciatique.

Tous les moyens employés contre cette poche purulente, qui paraissait très étendue, avaient échoué. Aussi je proposai de faire une intervention chirurgicale très large, d'ouvrir cette cavité, de la nettoyer avec soin et d'essayer de provoquer la cicatrisation.

La malade fut soumise au sommeil anesthésique, et je pratiquai une incision très longue en suivant le rebord interne de la crête iliaque. Je tombai alors dans un vaste foyer limité d'une part par la fosse iliaque interne non dénudée, de l'autre part par un tissu épais doublant le péritoine et limitant la cavité abdominale. Cette cavité descendait dans le petit bassin jusqu'au niveau de l'échancre sciatique, car mon doigt dépassait le bord interne du détroit supérieur. Elle avait la forme d'un angle dièdre dont l'angle fermé correspondait au voisinage du fond du bassin, et l'ouverture ou la base se trouvait au niveau de la place que je venais de produire. Toutes les surfaces étaient recouvertes de fongosités rougeâtres, molles, qui furent enlevées avec une curette; elles étaient si abondantes que la totalité n'aurait pas tenu dans le creux de ma main.

Ainsi nettoyée, cette vaste anfractuosité était délimitée par deux parois anfractueuses et saignantes; mais, en l'explorant avec soin, on constatait qu'elle se prolongeait en arrière du côté de l'épine iliaque postérieure, et en avant du côté du pubis.

Une contre-ouverture fut faite au-dessous de l'arcade de Fallope, au niveau du prolongement antérieur, et un drainage fut placé à ce niveau.

La plaie fut bourrée de gaze antiseptique et plus tard lavée avec soin à chaque pansement. Bientôt cette cavité diminua dans tous ses diamètres, sauf le fond, qui semblait ne pas vouloir se combler. Au bout de trois mois environ, la plaie extérieure était presque complètement cicatrisée, mais restait toujours fistuleuse, et par cette fistule on pénétrait toujours à une grande profondeur dans le petit bassin.

Sous l'influence de cette intervention chirurgicale très large, l'état général s'était amélioré, la malade avait engraisé et la fièvre hectique avait disparu. Mais après quelques mois et lorsque la fistule et le clapier furent de nouveau reformés malgré nos efforts, l'état général redevint mauvais et la fièvre hectique reparut.

En présence de ce résultat défectueux, je pensai qu'il s'agissait là d'une disposition anatomique vicieuse, d'après laquelle la paroi mobile de cette cavité formée par le péritoine épaissi ne pouvait se rapprocher de la paroi rigide constituée par le bassin. En même temps, il était facile de voir que la position déclive de cette cavité, allant jusque très bas dans le bassin, devait entretenir

une stagnation de pus et empêcher la cicatrisation dans la profondeur.

On pourrait comparer cet état à celui qu'on rencontre dans l'empyème, alors qu'une des parois de l'abcès est constituée par le poumon et l'autre par la paroi costale; or on sait que le plus grand obstacle à la guérison de ces cavités consiste dans l'impossibilité où sont les deux parois de se rapprocher l'une de l'autre. La résection costale étendue d'après le procédé de Letievant-Estlander a pour but de surmonter cette difficulté.

J'avais bien pensé à appliquer à ma malade ce précepte qui a du reste été formulé en pareil cas par Ollier à propos de caries du bassin. Mais je ne pouvais songer à enlever toute la partie latérale de cet os jusqu'à la partie déclive des abcès, puisque j'aurais dû faire une résection totale de l'os des îles, dans le sens vertical, jusqu'au niveau de l'échancrure. Je n'étais donc pas autorisé à suivre le précepte d'Ollier, qui s'applique seulement aux abcès de la fosse iliaque interne, alors que la résection ne doit porter que sur la crête iliaque et sur une portion limitée de l'os lui-même.

Je pensai alors à pratiquer une trépanation ou plutôt une perforation de l'os iliaque au-dessus et en arrière de la cavité cotyloïde; de cette façon je devais pénétrer à travers les parties molles de la fesse et à travers l'os jusqu'au voisinage de la partie déclive de la cavité que je désirais drainer. La trépanation devait donc porter sur la partie épaisse de l'os iliaque à la base de l'ischion. Un gros tube à drainage, introduit jusque dans cette région à travers la fesse et maintenu en place pendant un temps suffisant, devait permettre l'écoulement facile des liquides et favoriser la cicatrisation.

Mon plan étant bien déterminé et vérifié sur des squelettes, je pratiquai cette opération en mai 1887 avec le concours de mon collègue le Dr Schwartz. Voici comment je procédai.

La malade endormie fut couchée sur le côté gauche.

Je commençai par agrandir la fistule, située près de la crête iliaque interne, de façon à pénétrer dans le foyer. L'extrémité de mes doigts parvint ainsi dans le bassin jusqu'en dedans et au-dessous du bord du détroit supérieur. Ce premier temps de l'opération consistait donc à reconnaître avec mes doigts la partie la plus déclive de l'abcès, et aussi à pouvoir me servir de ces doigts comme guides au moment de la trépanation.

Le second temps, qui avait pour but de traverser les parties molles et le bassin de dedans en dehors, fut ainsi pratiqué :

Avec un fort bistouri, je fis une incision de 5 ou 6 centimètres à travers les parties molles immédiatement en arrière et au-dessus du grand trochanter, en la dirigeant en haut et en arrière. Cette incision alla d'emblée jusqu'à l'os.

Les lèvres de cette boutonnière, pratiquée à travers les muscles, furent maintenues béantes au moyen de deux larges écarteurs.

Avec une rugine arrondie, je dénudai la face externe de l'os des fesses, ainsi accessible sur une étendue d'environ 2 ou 3 centimètres carrés.

Prenant alors une rugine pointue munie d'un fort manche, je procédai à la perforation de l'os, mais en ayant eu soin d'introduire au préalable, dans la large plaie qui allait dans le fond du bassin, deux doigts qui devaient me servir de guide et empêcher mon instrument de perforer le péritoine.

Bientôt, en faisant subir à l'instrument introduit dans l'os des mouvements de rotation, je pus sentir sa pointe. En le guidant avec mes doigts, il me fut facile de produire une perforation d'un diamètre égal à celui de cette rugine, c'est-à-dire du volume de l'indicateur environ. La trépanation portait non pas sur la fosse iliaque interne, mais sur la partie la plus épaisse de l'os, derrière la cavité cotyloïde, au-dessus de l'épine sciatique. Son orifice interne était situé au-dessous du rebord du détroit supérieur dans le bassin lui-même.

Par ce trajet ainsi créé, j'introduisis un gros tube à drainage à parois rigides, de 2 centimètres de diamètre, dont l'extrémité externe fut coupée au ras de la peau de la fesse et munie d'une épingle.

Les plaies furent bourrées de gaze antiseptique et un pansement appliqué sur le tout.

Les jours suivants, le tube fonctionnait très bien; la presque totalité des liquides sécrétés par la partie malade s'écoulait par cette voie.

L'état général s'améliora rapidement; la fièvre tomba, et bientôt nous vîmes la cavité se remplir et le fond se combler au bout de trente-cinq jours. C'est alors que le tube à drainage, placé dans la trépanation du bassin, fut enlevé.

A ce moment il n'existait plus de communication avec la plaie principale et la plaie opératoire. Le trajet du drainage fut oblitéré en une quinzaine de jours.

La marche de l'affection à partir de cette époque fut parfaite, et au bout de trois mois toute cette vaste cavité était comblée, sauf la partie cutanée de la plaie, qui ne se cicatrisa que très difficilement, parce que la peau, étant recroquevillée sur elle-même, ne permettait pas l'affrontement.

Après quelques semaines la malade reprit des forces et de l'embonpoint.

Bientôt la cicatrisation de cette vaste plaie fut complète.

Malheureusement le rétablissement de cette jeune fille ne fut pas

satisfaisant, car des accidents survinrent du côté du pubis et de la partie supérieure de la cuisse, ceux-ci nécessitèrent encore une intervention chirurgicale. Mais la région de la fosse iliaque ainsi que le bassin ne donnèrent plus aucune inquiétude.

Le résultat de mon intervention à travers l'os des îles avait donc été très encourageant.

Le second malade chez lequel j'ai eu à pratiquer une opération à peu près analogue fut un jeune homme de 22 ans qui avait présenté tous les symptômes d'une psoïte abcédée. L'abcès avait été ouvert au-dessus de la crête iliaque, et avait donné issue à une grande quantité de pus.

Depuis trois mois, époque de cet accident, existait une large fistule donnant accès dans un immense clapier déclivé du côté du bassin et présentant, sauf l'abondance des fongosités, à peu près le même aspect que celui de ma première observation.

Les choses se présentaient dans des conditions tellement semblables à celle que j'avais observées une première fois, qu'au lieu de tenter une simple ouverture large et un nettoyage parfait de cette cavité, je me proposai de faire d'emblée la trépanation de l'os iliaque. J'avais l'avantage de drainer la partie déclive de ce foyer et permettre ainsi sa guérison plus rapide.

L'opération fut pratiquée le 5 décembre 1888, avec le concours du médecin du malade, le Dr Dreyfus.

Je commençai par faire une large incision au niveau de la fistule et sur le bord interne de la crête iliaque. Je tombai dans un foyer s'étendant jusqu'au rebord du petit bassin et même plus bas. C'était une poche anfractueuse avec des diverticules, et je trouvai sur la face intérieure de l'os iliaque une partie osseuse manifestement dénudée.

Pratiquant alors une incision sur la partie inférieure de la fosse iliaque externe, derrière la cavité cotyloïde, je traversai les muscles et arrivai jusque sur l'os; je répétai donc l'opération pratiquée chez ma première malade, c'est-à-dire que je perforai l'os des îles jusqu'à ce que l'instrument pénétrât dans le foyer situé sur la face interne, au-dessous de la limite du détroit supérieur. Comme l'os me semblait malade à ce niveau, du côté interne, j'agrandis l'ouverture, de façon à enlever aux dépens de la table interne des parcelles assez larges d'os malade.

L'ouverture ainsi pratiquée dans la fosse et l'os iliaque était assez large pour permettre l'introduction de deux gros drains qui atteignaient le fond du foyer situé dans la fosse iliaque interne.

A partir de ce moment le foyer se combla rapidement; le tube à drainage fut enlevé après 28 jours et la cicatrice fut complète trois mois après l'opération.

Conclusion. — Je voulais montrer par ces deux exemples que non seulement on peut trépaner l'os des fles et la fosse iliaque pour drainer les abcès rebelles ou d'origine osseuse siégeant du côté de la fosse iliaque, ainsi qu'on le faisait anciennement, mais qu'il est utile dans les abcès siégeant plus bas du côté du bassin, de perforer l'os dans sa partie la plus épaisse afin d'atténuer la région nue du bassin. Cette perforation porte sur la région osseuse qui correspond au détroit supérieur, ou un peu au-dessous. Mais ce qui est indispensable c'est que l'orifice interne corresponde à la partie la plus déclive du foyer purulent, car sans cette précaution il y aurait persistance de la stagnation du pus et par conséquent le but qu'on se propose par cette intervention ne serait pas atteint.

Cette opération est facile à exécuter, car la plaie des parties molles donne peu de sang. Si quelques artères sont ouvertes on peut les saisir facilement avec des pinces à forcipressure. La perforation de l'os est simple et ne nécessite aucun instrument spécial, puisque je me suis servi d'une forte rugine pointue à son extrémité. Une fois installé, le drainage fonctionne très facilement et par le tube s'écoule la totalité des liquides sécrétés par la plaie cavitaires du bassin, puisqu'il occupe la partie déclive.

Ce tube à drainage ne doit être enlevé que tardivement, lorsque déjà une grande partie de la plaie est comblée et surtout lorsqu'il n'y a plus de communication entre la partie supérieure de cette plaie et la partie déclive occupée par l'orifice interne du tube. Ce résultat a été atteint après 25 jours chez ma première malade et seulement après 30 jours chez mon second opéré.

Discussion.

M. KIRMISSON. J'ai ouvert par ce procédé un abcès du bassin et j'ai obtenu une véritable résurrection.

Je ne crois pas qu'on puisse placer une couronne de trépan au-dessous du détroit supérieur en suivant les points de repère indiqués par M. Kirmisson.

M. BOUILLY. J'ai publié il y a cinq ou six ans dans la thèse de Petitot une observation de résection d'une grande partie de la crête iliaque pour faire sortir facilement la suppuration.

Il faut distinguer les faits où l'affection est tuberculeuse et non où la collection est aiguë; dans ces derniers cas seuls on a de bons résultats, par ce procédé qui reste un procédé d'exception.

M. DESPRÉS. En 1878 j'ai eu un malade qui avait été blessé à Mouzon et traité par M. Le Dentu. La balle avait été extraite, mais

il y avait une ostéite à répétition et une suppuration de la fosse iliaque qui se vidait mal. J'ai fait la trépanation de l'os coxal. Cette opération n'est nullement nouvelle, elle remonte à Le Dran. — Le malade a gardé un tube à drainage pendant cinq ans; on le changeait tous les six mois et le malade se portait bien grâce à lui.

M. LE DENTU. J'ai soigné ce malade en 1873 à la Maison de santé. Il existait à la fosse une fistule étroite. Je fis une large trépanation de l'os iliaque et je pus extraire une balle logée dans l'épaisseur du muscle iliaque; il y avait rétraction de la cuisse. — La guérison se fit très bien et persista quatre ans. La récédive de l'ostéite a été tardive, et c'est alors que M. Després l'a vue.

M. TERRILLON. J'insiste sur ce fait que j'ai fait la trépanation dans un point où d'ordinaire on ne la fait pas, au niveau du détroit supérieur; en obliquant, il est possible de pénétrer au-dessous de la fosse iliaque.

Présentations de malades.

1° Énorme lymphadénome du cou,

Par M. RECLUS.

M. Reclus présente un malade atteint d'un énorme lymphadénome du cou, qu'il traite par l'arsenic à haute dose à l'intérieur et par des injections interstitielles. Il se réserve d'y revenir dans la prochaine séance.

Discussion.

M. QUÉNU. J'insiste sur la difficulté qu'il y a à affirmer qu'il s'agit d'un lymphadénome, même pièces en mains. Dans un cas où j'avais enlevé des ganglions de l'aisselle que je croyais tuberculeux, le malade a présenté une récédive qui était manifestement du lymphadénome. Il faut, pour être sûr, faire l'examen microscopique d'une parcelle enlevée et en faire des cultures.

M. TERRIER. J'appuie la réserve de M. Quénu. Il est connu des histologistes que le diagnostic anatomique des lymphadénomes est obscur. Il est donc utile quand on veut affirmer un diagnostic d'enlever un ganglion, de l'examiner et de faire des inoculations. En l'absence de ces conditions, le diagnostic reste douteux.

M. RECLUS. Je n'ai pas encore présenté l'observation et je me réserve pour la prochaine séance.

2° Ankyloglosse totale datant de 17 ans,

PAR M. ROUTIER.

Je présente ce malade à la Société surtout à cause de la rareté du fait : il s'agit, en effet, d'une soudure totale de la langue et de la voûte palatine ayant succédé à des cautérisations par l'acide chlorhydrique pratiquées chez lui à l'âge de 18 mois pour combattre une angine diphthéritique.

Quand ce jeune homme, qui a aujourd'hui 19 ans, me fut envoyé en septembre par mon excellent ami, le D^r Hannequin, voici quel était son état :

Il desserrait à peine les mâchoires, l'index était serré contre les incisives; la langue ne pouvait pas être portée au dehors; à 10 ou 15 millimètres de sa pointe, elle était intimement soudée à la voûte palatine par toute sa face dorsale, si bien que ce rudiment de cavité buccale ne communiquait plus avec le pharynx que par un petit pertuis capable de laisser passer le n° 15 filière Charrière.

Quand on priait le malade d'ouvrir la bouche autant qu'il le pouvait, on voyait se dessiner trois fortes brides, l'une médiane mesurant les deux tiers de la largeur de la face dorsale, et deux autres latérales s'insérant au niveau des deuxième prémolaires supérieures.

C'est entre l'adhérence médiane et l'adhérence gauche qu'existait le pertuis dont j'ai parlé.

La respiration se faisait bien à condition que le nez fût libre, mais la déglutition étant presque impossible, le malade ne se nourrissait que de liquides.

La phonation était médiocre, viciée surtout dans l'émission des dentales.

Pour remédier à cette difformité, le malade a été anesthésié et placé tête pendante, j'ai péniblement, avec des ciseaux courbes, détaché les adhérences à la voûte palatine, m'efforçant de rester près de cette voûte sans cependant dénuder l'os, me préoccupant surtout de ne pas léser le voile du palais.

J'ai pu, dans ma première séance, ouvrir l'isthme du gosier sur la ligne médiane sans blesser le voile du palais ni la luette.

A quelques jours de là, j'ai pu sans anesthésie et avec le galvano-cautère agrandir mon ouverture en libérant surtout les adhérences latérales, formées par la fusion des piliers antérieurs.

Vous pouvez constater aujourd'hui que l'isthme du gosier est normal, que l'écartement des mâchoires est facile; les piliers postérieurs et la luette sont normaux, mais les piliers antérieurs por-

tent encore les traces de mon intervention. La déglutition se fait comme à l'état normal, et la prononciation est très bonne.

Communication.

Restauration du canal de l'urèthre chez la femme,

Par M. POLAILLON.

J'ai employé pour restaurer le canal de l'urèthre chez la femme deux procédés que je crois normaux et que je désire faire connaître à la Société.

L'un de ces procédés s'applique à la restauration de la partie postérieure du canal de l'urèthre, la partie antérieure de ce canal existant encore. L'autre est destiné à refaire de toute pièce un urèthre.

Dans le premier procédé, j'emprunte les tissus à la paroi supérieure de l'urèthre. Dans le second procédé, je fais mon emprunt aux petites lèvres.

Premier procédé : Restauration partielle. — Voici dans quelles circonstances j'ai été amené à le pratiquer :

Une jeune femme, de 19 ans, s'était introduit dans la vessie plusieurs épingles à cheveux, autour desquelles un calcul s'était formé.

Pour extraire cette pierre, un de nos confrères fit la taille vaginale, se proposant d'oblitérer ensuite l'ouverture ainsi créée. Mais cinq opérations de fistule vésico-vaginale échouèrent. A l'hôpital Saint-Antoine, la malade fut encore opérée deux fois, sans succès.

Admise dans mon service de la Pitié, le 8 mai 1888, elle présentait au niveau du col de la vessie et de la partie postérieure de l'urèthre, une ouverture dont les dimensions égalaient à peu près une pièce de 1 franc. Les bords de cette fistule étaient déchiquetés, indurés, et attestaient les nombreuses tentatives opératoires qui avaient été faites.

Je l'opérai à mon tour trois fois, avec toutes les précautions d'usage, mais sans obtenir plus de succès que mes prédécesseurs.

Les opérations antérieures avaient eu pour résultat de fermer le bas-fond de la vessie, mais la partie inférieure du col de la vessie et les deux tiers postérieurs du canal de l'urèthre manquaient. Il ne restait plus que le méat urinaire et une petite portion du canal en arrière de cet orifice. La patiente perdait ses urines comme si on ne lui avait fait subir aucune opération.

Bien convaincu de ne pouvoir réussir par les procédés d'avivement et de suture ordinaires, j'eus l'idée de prendre un lambeau sur la paroi supérieure de l'urèthre et du col de la vessie, d'abaisser ce lambeau au niveau de la perte de substance et de le suturer à celle-ci. Le canal de l'urèthre devait ainsi présenter, dans une partie de son étendue, une surface cruentée, qui formerait, après sa cicatrisation, la partie postérieure du canal. Il me parut facile de maintenir le nouveau canal cicatriciel par quelques cathétérismes consécutifs.

Ce projet opératoire fut mis à exécution le 28 novembre 1888.

La malade étant chloroformée et couchée sur le côté gauche, l'orifice du vagin fut mis à découvert par une valve de Sims, maintenu contre la paroi postérieure.

La perte de substance présentait un bord antérieur urétral, un bord postérieur vésical et deux bords latéraux, qui se continuaient avec la muqueuse du vagin. Le fond de la perte de substance était formé par la muqueuse du col de la vessie en arrière et par la muqueuse de la paroi supérieure de l'urèthre en avant.

Au niveau du bord urétral de la fistule, je fis, d'abord, une incision transversale, d'environ 12 millimètres, sur la muqueuse de la paroi supérieure de l'urèthre. Puis, au niveau du bord vésical de la fistule, je fis une incision d'égale étendue sur la muqueuse du col de la vessie. Ces deux incisions limitaient un pont de muqueuse, qui fut décollé avec une sorte de spatule mousse, poussée dans les tissus sous-muqueux, d'avant en arrière. Le pont de muqueuse, qui se continuait de chaque côté avec la muqueuse vaginale, fut abaissé au niveau de la perte de substance de manière à venir l'oblitérer. Une grosse sonde en caoutchouc rouge, introduite par le méat urinaire jusque dans la vessie, en passant au-dessus de ce pont (entre les tissus profonds sous-pubiens et la muqueuse décollée), maintenait la position de mon lambeau.

Il ne restait qu'à aviver le bord urétral et le bord vésical de la perte de substance et à suturer le bord urétral avec le bord antérieur du pont muqueux, le bord vésical avec son bord postérieur, pour obtenir la restauration du canal de l'urèthre et du col de la vessie.

Le canal de l'urèthre était alors formé, dans sa partie antérieure, par le méat urinaire et une portion du canal normal; dans sa partie postérieure, par une surface cruentée, maintenue dilatée par une sonde, surface destinée à former après sa cicatrisation une sorte de col à la vessie.

Ce procédé opératoire réussit pleinement dans son ensemble. Une sonde fut maintenue à demeure, et, malgré l'indocilité de l'opérée, la perte de substance fut comblée et le canal restauré.

Il resta seulement, au niveau du col de la vessie, un petit pertuis en forme de fente, produit par un fil de la suture. L'opérée urinait normalement par son canal de l'urèthre, mais elle perdait encore une partie de ses urines par le pertuis que je viens de signaler. Il aurait été facile de la guérir tout à fait, si la malade, lasse de tant d'opérations successives, et d'ailleurs très difficile à soigner en raison de son caractère indocile, n'avait exigé sa sortie de l'hôpital.

Deux mois après avoir communiqué cette observation à la Société obstétricale et gynécologique de Paris (le 9 mai 1889), j'ai revu la jeune femme qui en faisait l'objet. Elle ne perdait plus ses urines involontairement, et le pertuis uréthral semblait s'être oblitéré spontanément.

En résumé, ce procédé de restauration partielle du canal de l'urèthre consiste :

1° A tailler sur la muqueuse de la paroi supérieure de l'urèthre un lambeau en forme de pont;

2° A décoller ce lambeau de muqueuse d'avant en arrière;

3° A l'abaisser au niveau de la perte de substance et à le suturer au bord antérieur et au bord postérieur de celle-ci, de manière à ce que le canal de l'urèthre passe au-dessus de lui.

Comme traitement consécutif, maintenir l'ouverture de ce canal par une sonde à demeure pendant la cicatrisation, et, plus tard, empêcher le rétrécissement du tissu inodulaire par des cathétérismes plus ou moins fréquents.

Deuxième procédé : Restauration totale. — Il arrive rarement qu'on soit appelé à restaurer un canal de l'urèthre dans son entier. Cependant cette opération devient nécessaire lorsque l'urèthre a été détruit par un esthiomène, par un sphacèle, par un traumatisme, ou lorsqu'il manque par suite d'un vice de conformation de l'extrémité inférieure du conduit uro-génital.

Dans le cas où j'ai eu à intervenir, il s'agissait vraisemblablement d'une absence congénitale de l'urèthre, chez une femme qui avait atteint l'âge de 23 ans.

Marie L..., femme N..., avait eu depuis son enfance une incontinence d'urine. Mais cette incontinence n'était que partielle, en ce sens que les urines pouvaient être retenues une demi-heure ou une heure, puis s'échappaient ensuite brusquement et involontairement.

Réglée à 16 ans, ses menstruations étaient irrégulières et souvent douloureuses.

A 18 ans, elle entra à l'hôpital Saint-Louis pour l'incontinence d'urine dont elle souffrait. On lui fit subir une opération, sur laquelle elle ne peut donner des détails précis, mais qui paraît avoir été une di-

lilatation de la vulve. A la suite de cette opération, l'incontinence d'urine devint continue.

Quelque temps après, elle alla dans un autre hôpital où elle subit trois nouvelles opérations sans succès.

A 21 ans, elle vint dans mon service de la Pitié, le 27 septembre 1887.

La vulve avait son aspect normal. Mais le méat urinaire n'existait pas et l'entrée du vagin était très étroite. En introduisant une valvée de Sims pour déprimer la paroi postérieure du vagin, on donnait issue à un flot d'urine qui remplissait la cavité vaginale. Sur la paroi antérieure du vagin, et à sa partie inférieure, on voyait un orifice dans lequel on pouvait facilement introduire le doigt, orifice qui n'était autre chose que le col de la vessie. En avant, aucune trace du canal de l'urètre. L'orifice vésical était situé en arrière de l'anneau vulvaire, qui possédait un constricteur très puissant. Aussi l'urine s'accumulait-elle dans le vagin et pouvait-elle être retenue un certain temps grâce à la contraction du constricteur vulvaire. En pratiquant le toucher vaginal, le doigt pénétrait très facilement dans la vessie en produisant une vive douleur. En arrière de l'orifice vésical, il était facile d'explorer, avec le toucher, le vagin et le col de l'utérus qui étaient normaux.

En définitive, j'avais affaire à une atrésie de l'extrémité inférieure du vagin avec absence de canal de l'urètre. En d'autres termes, le vagin et la vessie s'ouvraient dans un conduit unique, rétréci, qui se terminait à la vulve. Les opérations antérieures avaient eu pour résultat de dilater ce conduit, de rendre le vagin praticable, mais cette dilatation avait aggravé l'incontinence d'urine.

Le 20 octobre 1887, je fis une première opération en prenant sur la muqueuse du vagin un lambeau que je renversai et que je suturai au pourtour de l'orifice vésical avivé, de manière à former un col à la vessie et un rudiment d'urètre. L'opération semblait donner un résultat assez favorable, lorsque, au bout de sept jours, la malade fut obligée de quitter l'hôpital.

Pendant quelque temps elle garda un peu mieux ses urines, surtout pendant le décubitus dorsal. Elle se maria, et perdit bien vite, après le mariage, la légère amélioration qu'elle avait obtenue.

En avril 1889, elle revint à la Pitié me demander de l'opérer de nouveau pour la guérir de sa triste infirmité.

Comme cette jeune femme avait les petites lèvres assez développées pour être attirées en arrière jusqu'au niveau de l'orifice vésical, je conçus le plan de restaurer le canal de l'urètre avec ces organes. Deux opérations successives devaient être nécessaires : dans la première j'emprunterais aux petites lèvres les tissus du nouveau canal de l'urètre ; dans la seconde, je réunirais le canal reconstitué au col de la vessie.

Première opération. — Le 9 mai, la malade étant endormie par le chloroforme méthylique du professeur Regnault, je pratique sur la face interne de chacune des petites lèvres, près de leur bord libre, une in-

cision portant un peu au-dessous du gland du clitoris et venant gagner le niveau de l'orifice vésical. Les petites lèvres sont ensuite dédoublées par la dissection. Les feuillets internes, représentant deux volets, sont renversés en dedans et suturés l'un à l'autre avec des fils de catgut. Il en résulte un canal dont la paroi supérieure est formée par la muqueuse vestibulaire du vagin, et la paroi inférieure par le rapprochement des feuillets internes. Au-dessous du canal ainsi créé existe une surface cruentée, qui se continue avec la face cruentée des feuillets externes des petites lèvres dédoublées. En accolant l'un à l'autre ces feuillets externes et en les suturant sur la ligne médiane avec des fils d'argent, je double et je renforce le nouveau canal urétral.

Une sonde en caoutchouc rouge est placée dans le nouveau canal. En arrière, elle pénètre dans la vessie. Les urines sortent en partie par la sonde et en partie par l'ouverture qui sépare le col de la vessie du canal restauré.

En quelques jours, la réunion des surfaces adossées des petites lèvres fut complète. Il ne restait plus qu'à oblitérer l'ouverture siégeant au niveau du col de la vessie. Ce fut l'objet de la deuxième opération.

Deuxième opération.—Trois semaines après la première opération, la patiente fut de nouveau endormie par le chloroforme méthylique. Le bord inférieur du col de la vessie, ainsi que le bord inférieur de l'orifice postérieur du nouvel urètre furent avivés et suturés l'un à l'autre. Une sonde fut laissée à demeure et donnait issue à la sécrétion urinaire. Au bout d'une semaine, la réunion était obtenue.

Par ces deux opérations successives, la restauration de l'urètre était complète. Notre opérée avait seulement un urètre un peu plus long qu'à l'état normal. Son orifice extérieur était situé sous le clitoris, entre le rapprochement artificiel des petites lèvres.

Marie L... gardait très bien ses urines et elle les expulsait volontairement. Les fibres du col de la vessie avaient recouvré assez de contractibilité pour arriver à ce résultat presque inespéré.

J'ai revu cette jeune femme plusieurs mois après son opération. Les fonctions de l'urination et les fonctions génitales s'accomplissaient avec une régularité parfaite.

Élections.

PRIX DUVAL

Sont nommés : MM. Horteloup, Terrillon, Delens, Nélaton, Reclus.

PRIX GERDY

Sont nommés MM. Trélat, Terrier, Bouilly, Pozzi, Routier.

PRIX LABORIE

Sont nommés : MM. Périer, Lucas-Championnière, Richelot, Kirmisson, Jalaguier.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
S. POZZI.

Séance du 13 novembre 1889.

Présidence de M. LE DENTU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

- 1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;
- 2° M. DESPRÈS demande à la Société de vouloir bien échanger son titre de membre titulaire contre celui d'honoraire ;
- 3° *De l'ostéopériostite externe primitive de l'apophyse mastoïde*, par le D^r M. LÉVI ;
- 4° *Contributions to Canadian Paleontology*, vol. I^{er}, Montréal, 1889 ;
- 5° *De l'extirpation du cancer de la langue*, par le D^r ÉBRARD (de Lyon), avec la description des modifications apportées au procédé de Sédillot et à la suture, par le professeur L. TRIPIER ;
- 6° Photographies d'une extirpation du bras avec l'omoplate pour *ostéosarcome de l'humérus*, par le D^r CHAVASSE, chirurgien de l'hôpital de Birmingham ;
- 7° *Deux nouvelles opérations de blépharoplastie par la méthode italienne modifiée*, par le D^r P. BERGER ;
- 8° *De la restauration des paupières ; des avantages de la greffe cutanée*, par le D^r E. VALUDE, médecin adjoint de la clinique des Quinze-Vingts ;

9° *L'intervention chirurgicale dans les cas de pied-bot, varus et varus-équin congénital*, par le D^r ROMNICIANO (de Bucharest), chirurgien en chef de l'hôpital des Enfants. (Commissaire : M. Lucas-Championnière.)

A propos du procès-verbal.

Traitement des lymphadénomes cervicaux par l'arsenic à haute dose,

Par le D^r PAUL RECLUS.

Je vous ai présenté, à la fin de la dernière séance, un individu guéri d'une tumeur ganglionnaire bilatérale du cou par des injections interstitielles d'arsenic et par de hautes doses de liqueur de Fowler prises à l'intérieur. Je désire vous donner aujourd'hui l'observation de ce malade et y ajouter sept autres cas de lymphadénomes traités par moi depuis six ans.

Vers la fin de 1886, notre premier malade, alors âgé de 24 ans, sentit derrière l'angle de la mâchoire, à gauche, une petite tumeur dure, indolente et mobile, un ganglion lymphatique qui grossit peu à peu; un deuxième apparut, puis un troisième, un quatrième; ils ne tardèrent pas à se solidariser entre eux, et bientôt la région se trouva soulevée par une masse centrale, irrégulière, bosselée, autour de laquelle étaient disséminés de petits ganglions eux aussi indolents, durs et mobiles, mais qui devaient se réunir sous peu aux précédents. C'est ainsi que progressivement toute la chaîne fut envahie de l'oreille à la clavicule. Entre temps, à droite, en un point symétrique, un ganglion se montrait en arrière de la branche montante du maxillaire, en avant de l'apophyse mastoïde; il devenait le centre d'une néoformation semblable à celle du côté opposé, et en avril 1887, lorsque le malade vint nous consulter, la double tumeur ganglionnaire avait atteint un énorme développement.

L'engorgement bilatéral était tel que le cou avait complètement disparu; le cône thoracique se continuait directement jusqu'à la face en comblant la dépression cervicale. Mais en aucun autre point on ne trouvait de ganglions volumineux; le creux maxillaire, la région épitrochléenne et poplitée, le pli de l'aîne, le triangle de Scarpa étaient normaux; la palpation abdominale et la pression ne révélaient aucune tuméfaction du côté de la rate, du foie, du mésentère et du médiastin; il n'y avait pas un excès de globules blancs, et le seul fait que nous puissions noter ce sont des accès fébriles assez vifs à chaque poussée nouvelle dans la néoforma-

tion ganglionnaire; un accès survenait et à sa suite on constatait des tumeurs surajoutées au massif central primitif.

Nous ne pouvions hésiter qu'entre une tuberculose ganglionnaire et une quelconque des variétés si mal connues et décrites sous le nom de lymphadénomes. Tout le passé du malade protestait contre l'hypothèse de strume; il n'avait point d'antécédent héréditaire tuberculeux; il n'avait eu ni gourme, ni otorrhée, ni adénite suppurée ou non; son adolescence s'était régulièrement passée et l'intégrité de ses organes était absolue. Aussi avons-nous conclu à un lymphadénome, diagnostic qui fut accepté par les professeurs Verneuil, Trélat, Guyon, Potain et Damaschino en examen à l'Hôtel-Dieu. Aucun de mes maîtres et de mes collègues qui virent notre malade n'élevèrent la moindre objection. Certainement nous aurions été plus sûr de notre fait si, à l'exemple de M. Terrier, nous avions enlevé un ganglion pour le soumettre à un micrographe et pour en insérer une parcelle sous la peau d'un lapin. Mais nous reviendrons un peu plus loin sur cette méthode de diagnostic.

Le traitement arsenical fut aussitôt institué. Cette médication qui, malgré des éclipses nombreuses, a toujours, depuis le siècle dernier, persisté en France dans la thérapeutique des tumeurs malignes, nous est revenue d'Allemagne depuis une dizaine d'années, mais escortée et soutenue d'observations nombreuses où Billroth, Tholen, Czerny, Karewski, Winiwarter affirment l'excellence de la méthode; des succès incontestés, des guérisons durables auraient couronné son emploi. Comme eux j'ai administré l'arsenic sous forme de liqueur de Fowler à doses progressives; chez mon malade, j'ai prescrit cinq gouttes à chacun des deux principaux repas, augmentant de deux gouttes par jour. J'y ai ajouté des injections interstitielles de liqueur dédoublée dans une quantité égale d'eau distillée et poussée par une seringue de Pravaz de deux jours en deux jours. J'ai commencé par quatre gouttes et je me suis arrêté à vingt.

Ces soixante-cinq gouttes quotidiennes de liqueur de Fowler pure, ces vingt gouttes de liqueur dédoublée toutes les quarante-huit heures ont provoqué bientôt des accidents: l'intoxication s'est manifestée d'abord par de la sécheresse de la gorge, de l'appétence, de la fièvre, une diarrhée persistante. En même temps, à plusieurs points où les injections avaient été très abondantes et très souvent répétées, un abcès se formait qui s'ouvrait, donnait issue à une certaine quantité de pus et ne tardait pas à se cicatriser spontanément. Le traitement en vigueur depuis près de deux mois fut suspendu, et le malade nous quitta dans un état d'amélioration très marquée: à droite et à gauche la chaîne ganglionnaire avait diminué de plus d'un tiers.

Il rentre au mois de novembre en pleine récurrence; la tumeur est aussi volumineuse qu'avant notre traitement; nous le reprenons, et au bout de trois mois la diminution est de nouveau très considérable; les masses s'affaissent, les ganglions agglomérés s'isolent et deviennent indépendants; leur résistance est moindre. Nouvelle sortie; récurrence aussi prompte; le malade nous suit à Bicêtre, à Tenon, à Broussais. Au commencement de 1889, nous avons recours au phosphore de zinc en pilules de 8 milligrammes; notre malade en prenait de 2 à 8 par jour et alternait de mois en mois ce traitement avec la médication arsenicale. Le résultat en fut excellent; lorsque le malade nous quitte au mois de juin, la tumeur a diminué des trois quarts, puis elle a complètement disparu dans la suite et vous n'avez plus trouvé que trois petits ganglions, deux à droite et un à gauche, et révélés seulement par la palpation, car il n'existe plus de saillie appréciable à l'œil.

Voici une deuxième observation: En 1887, je fus consulté par un fabricant de chaussures ayant dépassé la cinquantaine et qui portait au cou une énorme masse ganglionnaire; elle descendait de l'apophyse mastoïde au sternum, déviait la langue en avant et en arrière, envoyait des masses bosselées sous le trapèze; quelques petits ganglions indépendants et mobiles s'avançaient vers la clavicule. La tumeur, comme dans le cas précédent, avait commencé par une petite grosseur dure, mobile, indolente, développée en arrière de l'angle de la mâchoire, puis au milieu de quelques pressions fébriles avait pris en trois mois le volume que nous constatons alors. M. Verneuil, appelé en consultation, avait cru tout d'abord à une dégénérescence secondaire consécutive à un épithéliome ignoré et latent de l'extrémité supérieure de l'œsophage, mais il se rattacha bientôt au diagnostic du lymphadénome.

Le traitement arsenical fut institué: liqueur de Fowler à doses progressives et qui, dans ce cas, ne dépassèrent jamais quarante-cinq gouttes par jour; injections interstitielles de liqueur dédoublée répétées trois fois par semaine. Cette médication fut difficilement tolérée; il fallut une excessive patience de notre part et surtout de la part de la femme du malade pour faire exécuter les prescriptions; d'autant qu'au début le cou gonfle encore, il survint même de la tuméfaction inflammatoire et de petits abcès se formaient au niveau de quelques foyers d'injection; ils survinrent livrant passage à des débris de ganglions, et leur cicatrisation fut rapide. Bientôt la chaîne ganglionnaire commence à s'affaïssir; nous cessons l'arsenic, la tumeur reparaît; nous le reprenons, les mêmes accidents éclatent, mais cette fois-ci la disparition du mal fut à peu près complète; au commencement de 1886, il restait à peine quel-

ques ganglions qui disparurent vers la fin de l'année ; nous avons revu notre fabricant, et la guérison se maintient. Toute trace de tumeur a disparu, et nous ne trouvons, au niveau des cicatrices, qu'un tissu légèrement sclérosé.

Troisième observation : Je soigne depuis cinq ans un fonctionnaire de 37 ans qui porte dans la région cervicale une tumeur ganglionnaire en tout semblable à celle que nous venons de décrire chez nos deux précédents malades. Même apparition dans l'angle de la mâchoire d'une tumeur indolente et mobile à laquelle se sont unies bientôt d'autres tumeurs de poussées successives jusqu'à ce que la masse morbide, plus volumineuse que le poing, s'avance en bas jusqu'à la clavicule, en débordant de toute part, la région carotidienne. La tumeur est restée unilatérale, les poussées successives à la suite d'une fièvre assez intense chez le premier malade, beaucoup moins marquées chez le deuxième, éclataient pour ainsi dire chez ce troisième au milieu de véritables accès semblables par leur allure bruyante à ceux d'une intoxication paludéenne.

Bien qu'il soit robuste et qu'il n'ait ni dans ses antécédents de famille ni dans son passé aucun accident de scrofule, on prescrivit à tout hasard l'huile de foie de morue à haute dose et les bains de Salies-de-Béarn. Le résultat fut désastreux, et lorsque le malade vint nous consulter, la chaîne ganglionnaire, étendue de l'oreille au sternum, avait un énorme volume. Comme l'éloignement m'empêchait de pratiquer des injections interstitielles, je n'eus recours qu'à la liqueur de Fowler à l'intérieur. Mais ici à dose considérable, puisque 80 gouttes ont été parfois dépassées. La tumeur, après chaque période de traitement, diminuait dans des proportions énormes ; mais pour peu qu'il demeure trois ou quatre mois sans arsenic, les ganglions se reforment. Cependant, cette année, je n'ai plus trouvé, malgré un repos de plus de quatre mois, qu'une tumeur à peine du volume d'un petit œuf, située en arrière de l'angle de la mâchoire, sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, mobile, sans adhérence, et qu'on énucléerait facilement par une simple boutonnière à la peau. Pour des raisons que nous exposons plus loin, nous n'osons le faire, bien que notre individu, bien portant d'ailleurs et qui désire se marier, nous le demande avec insistance.

Voilà nos trois succès, trois et non pas quatre, car nous n'oserions compter comme guérie de lymphadénome une jeune Anglaise de 18 ans qui nous consulta pour une chaîne ganglionnaire énorme développée en moins de trois semaines ; la tumeur occupait la région classique ; elle était bosselée, dure et mobile ; il n'y avait ici non plus aucun antécédent de scrofule, mais bien des attaques

de rhumatisme articulaire aigu. Nous ordonnons de l'huile de foie de morue et de l'arsenic à doses progressives; vingt jours n'étaient pas encore atteints que déjà, à la fin de la première quinzaine, un mouvement de retrait marqué se fit dans la masse, et avant que le mois ne fût écoulé, la guérison était obtenue, et depuis il n'y a pas eu de rechute. Nous ne saurions compter ce succès et le mettre à l'actif de l'arsenic, car la rapidité de la délitescence nous fait exclure le lymphadénome, et nous pensons qu'il s'agissait là peut-être de ces engorgements d'origine rhumatismale, ces « bubons rhumatismaux » sur lesquels notre ami Edouard Brissaud a récemment attiré l'attention.

A côté de ces succès, nous comptons trois échecs; encore ne parlerai-je pas d'une journalière de 24 ans qui, depuis deux ans, portait dans l'aisselle et dans la région carotidienne gauche des masses ganglionnaires; sous nos yeux et en moins d'un mois, la région cervicale droite fut envahie; le ganglion rétro-maxillaire y fut le premier atteint; puis, d'une même poussée, plusieurs masses nouvelles apparaissent, et la rapidité de la propagation est bientôt aussi marquée qu'à gauche. L'arsenic est administré, mais nous n'étions qu'au vingt-deuxième jour, et la dose atteinte ne dépassait pas 38 gouttes; nous n'avions pas encore pratiqué d'injection interstitielle, lorsque la malade nous quitta, malgré nos prières; l'expérience n'est pas concluante, car le traitement, nous l'avons vu, demande à être poursuivi un plus long temps.

Mais si nous avons échoué chez notre deuxième malade, ce n'est pas faute de patience de sa part; il se soumit à toutes les exigences du traitement, et pourtant l'insuccès fut lamentable. Il s'agit d'un employé de 46 ans qui, onze mois auparavant, avait vu apparaître une petite glande à droite, en arrière du maxillaire inférieur; puis la chaîne ganglionnaire s'était prise rapidement, suivant la marche habituelle. La tumeur avait tout à fait l'aspect d'un lymphadénome type, et nous n'insistons pas. Nous donnons l'arsenic et nous atteignons la dose de 50 gouttes quotidiennes; nous pratiquons un nombre considérable d'injections interstitielles; rien ne lasse l'espérance de notre malheureux, pas même la constatation des progrès du mal; l'amygdale droite est envahie et prend un développement tel que la déglutition en est empêchée; la région carotidienne gauche se prend; puis survient des troubles généraux, diarrhée, vomissements, hémorrhagies, cachexie, et la mort survient au bout de six mois.

Même terminaison chez un petit paysan de 5 ans, observé et traité par nous en Béarn. Il s'agit ici de la forme molle du lymphadénisme. La tumeur avait envahi le cou tout entier; il y avait çà et là de grandes masses adhérentes à la peau violacée; je crus

à des tubercules ramollis, et j'y plantai mon bistouri; je trouvai un tissu grisâtre, parsemé de points ecchymotiques. L'arsenic fut administré à doses progressives; le petit malade absorbait jusqu'à 15 gouttes de liqueur de Fowler par jour. Mais les ganglions de l'aisselle et de l'aîne ne tardèrent pas à se prendre, et la mort survint au bout de quelques mois. Mort presque aussi rapide chez un directeur de manège qui, après avoir consulté Verneuil et Poulet, se remit dans nos mains: quatre ganglions rétro-angulaires, gros comme des noisettes, durs, mobiles, indolores, étaient restés stationnaires pendant treize ans; ils s'accrurent tout à coup sous l'influence d'une émotion très vive — son fils, ivre, essaya de l'assassiner —; une double chaîne ganglionnaire souleva les deux régions carotidiennes; puis, malgré des doses élevées d'arsenic, des injections interstitielles, la peau devint adhérente, et de grandes plaques de mycosis fongoides se montrèrent au-dessus des clavicules. La cachexie survint; il mourait au bout de dix mois.

Voici donc 7 observations de lymphadénomes, 6 puisque nous en écartons une pour diagnostic plus que douteux, traitées par l'arsenic à haute dose; 3 vivent encore et 3 sont morts dans un délai rapide. Ce n'est déjà pas fort brillant, et il y a loin de notre statistique à celle que nous envoyaient Tholen, Czerny, Billroth, Karewski et Winiwarter. C'était de véritables chants de triomphe que nous entendions alors, et on guérissait presque aussi sûrement un lymphadénome qu'une fièvre intermittente; à cette heure, les bulletins de victoire nous paraissent moins nombreux; en tous cas, on garde le silence, et nous nous imaginons que là-bas ils obtiennent des résultats ni plus ni moins brillants que nous, et que, tout compte fait, bien des lymphadénomes meurent entre leurs mains. Koebel, dans un mémoire de 1887, n'accuse-t-il pas 4 succès, 2 améliorations et 1 cas douteux sur 7, malgré la liqueur de Fowler à l'intérieur et les injections interstitielles?

Faut-il aller plus loin dans cette voie et déclarer que lorsqu'une tumeur ganglionnaire guérit, c'est qu'il ne s'agit pas d'un lymphadénome? Le point est délicat, et nous voici ramené à la question de diagnostic déjà traitée dans la dernière séance par nos collègues Terrier et Quénu. Aussi allons-nous reprendre nos observations et voir si une erreur, je ne dis pas est possible, elle l'est toujours, mais est probable dans l'espèce. Je laisserai évidemment de côté les trois faits où la mort est survenue; ici on ne contestera pas le diagnostic, car la cachexie particulière qui a précédé la mort, les hémorrhagies, la diarrhée, les vomissements, les accès de fièvre à forme intermittente sont des symptômes qui appartiennent en propre au lymphadénome. On ne saurait incriminer la tuberculose, la seule diathèse qui provoque des engorge-

ments ganglionnaires cervicaux susceptibles d'être confondus avec le lymphadénome.

Prenons maintenant les trois cas où nos malades ont guéri. Ce sont trois individus de 25, 30 et 50 ans; leur santé est vigoureuse; ils n'ont eu jusque là aucun signe de tuberculose, et leurs antécédents héréditaires sont nets. Ils voient survenir tous au même point, dans l'angle rétro-maxillaire, un ganglion d'une dureté élastique, mobile, indolent; il se développe sans cause appréciable, sans porte d'entrée ulcéralive des muqueuses ou de la peau; il s'accroît; d'autres ganglions se développent par poussées successives au milieu d'accès fébriles plus ou moins intenses; puis ces masses s'unissent les unes aux autres, se fusionnent et forment bientôt une chaîne énorme, bosselée, élastique, présentant partout la même résistance: on ne trouve pas de saillies molles et fluctuantes à côté de points durs et ligneux; les injections arsénicales y ont bien parfois provoqué une inflammation et une collection purulente; mais après issue du pus et des débris de ganglions, la cicatrisation de l'abcès s'est toujours très rapidement opérée, et nous n'avons jamais vu de fistules persistantes.

Certes, il n'est pas un de ces symptômes qui ne puisse se montrer exceptionnellement au cours de la tuberculose. Oui, des ganglions peuvent se développer à 25 ans, 50 ans, même après une enfance et une adolescence vigoureuses, et comme première manifestation de la diathèse; oui, ces ganglions, quoique le fait soit très exceptionnel, peuvent atteindre l'énorme volume que nous avons constaté dans nos trois cas; ils peuvent encore à la rigueur être partout de même consistance, ne se ramollir en aucuns points, bien que nés à des époques différentes et par des poussées successives; ils peuvent enfin se cicatriser en quelques jours si un traumatisme ou une injection les a fait suppurer, bien que d'habitude cette cicatrisation ne survienne que lorsque toute la matière caséeuse est évacuée. Nous admettons qu'on ait observé, au cours de tuberculose ganglionnaire cervicale bien légitime, une quelconque de ces infractions à l'évolution habituelle de l'adénite strumeuse. Mais je doute que, chez un même sujet, on puisse me les montrer toutes. J'ai vu bien des adénites tuberculeuses; j'ai lu, à propos de ma communication, un grand nombre d'observations où la question de diagnostic était posée, et je n'ai pas relevé un seul fait où toutes ces conditions se trouvent réunies. Aussi, jusqu'à preuve contraire, je considère que, dans mes trois observations, il s'agissait de lymphadénome.

Les cas où le diagnostic est difficile, impossible peut-être, ce sont ceux où il existe un, deux, trois, quelquefois un nombre plus considérable de ganglions développés d'un seul ou de deux côtés,

dans la région sous-maxillaire, rétro-angulaire ou axillaire, chez un adulte, sans strume appréciable. Ces tumeurs restent un long temps stationnaires ou s'accroissent lentement, sans se ramollir. Est-ce du lymphadénome, est-ce de la tuberculose ? L'extirpation a montré à Schüppel, à Trélat, à nous-même, que, dans l'immense majorité des cas, il s'agissait de tuberculose. Aussi conseillerions-nous de faire ici le pronostic de probabilité, et, dans le doute, de conclure à un ganglion caséux.

Mais ce peut être aussi un lymphadénome, et Quénu en a observé un cas très remarquable dont il nous entretenait dans la dernière séance. Dans ces cas difficiles, toutes les erreurs ont été commises. D'autant qu'à côté du lymphadénome et de la tuberculose, il peut y avoir de la pseudo-tuberculose, et Verneuil, Ricard et Clado n'ont-ils pas décrit des tumeurs sous-maxillaires, plus rarement parotidiennes, développées dans des ganglions, et qui présentaient des cellules géantes dans leur travers, bien qu'on ne trouve pas de bacille et que les inoculations restent négatives.

Pour établir le diagnostic dans ces cas douteux et savoir si on est en présence d'une tuberculose ganglionnaire ou d'un lymphadénome, il faudrait, nous dit Terrier, extirper une des tumeurs et la soumettre à l'analyse microscopique, examen qui, du reste (et c'est Quénu lui-même qui nous l'affirme), pourra laisser l'histologiste dans l'embarras. Il faut, en outre, inoculer une parcelle du ganglion pour voir si la tuberculose se développera. En effet, il y a là des éléments qui donneraient au diagnostic une plus grande précision. Mais nous n'oserions pas nous livrer à ce supplément de recherches, et lorsque, comme dans nos trois cas, nous avons des raisons excellentes pour croire au lymphadénome, nous conseillons l'abstention ; les interventions sanglantes paraissent avoir sur le développement des tumeurs une influence désastreuse.

En 1875 et en 1876, j'ai vu opérer 7 lymphadénomes cervicaux, et les 7 malades n'ont pas quitté l'hôpital ; le mal a récidivé dans la plaie, et ils sont morts au bout de quelques semaines ou tout au plus de quelques mois ; j'ai vu Trélat extirper 3 lymphadénomes, et le résultat fut désastreux. Aussi notre maître s'est fait ici le défenseur éloquent de l'abstention chirurgicale en matière de lymphadénome ; j'ai vu un malade de Bouilly mourir quelques mois après. Pareille mésaventure m'est arrivée, mais, il est vrai, sur un lymphadénome du testicule que portait un capitaine de la marine marchande ; Ricord, deux ans auparavant, avait diagnostiqué un cancer de la glande spermatique ; au bout de trois semaines, il reprenait la mer ; mais il n'était pas arrivé à Porto qu'il était en pleine récidive viscérale. Quénu et Tillaux ont observé, je crois, un fait analogue.

Aussi n'avons-nous pas touché aux tumeurs qui nous paraissent des lymphadénomes. Un de nos trois malades conserve encore, avons-nous dit, une masse du volume d'un petit œuf de pigeon sur la partie latérale du cou, absolument mobile et sans adhérence superficielle ou profonde ; pour l'extirper, il suffirait d'une simple boutonnière à la peau ; nous résistons à notre malade qui nous le demande avec ardeur ; il n'attend que le résultat de cette opération pour se marier. Nous résistons, car il vit avec sa tumeur, tandis que nous ne savons pas si une intervention ne le tuerait pas en quelques semaines. Dans tous les traités classiques, d'ailleurs, et dans tous les mémoires, on signale l'influence désastreuse des opérations chirurgicales. Les Allemands ne sont pas plus heureux que nous ; c'est ainsi que, sur 9 opérés de Busch, 1 seul a survécu quelque temps, et encore a-t-il succombé à une récurrence.

Ces extirpations, même partielles, pour asseoir le diagnostic, ne nous semblent donc pas sans danger, et nous les proscrivons pour notre part, surtout dans les formes comme celles que nous avons eu à traiter, et où, paraît-il, le mal ne saurait-être confondu avec un engorgement tuberculeux. Hâtons-nous d'ajouter d'ailleurs que le mot de *lymphadénome* ne dit pas grand'chose ; il est fort possible qu'il existe plusieurs variétés de tumeurs constituées par du tissu adénoïde et dont les causes, les symptômes, l'évolution, le pronostic soient essentiellement différents. Il y a des lymphadénomes graves et des lymphadénomes bénins, et les efforts des histologistes pour sanctionner par des différences de structure cette différence de nature sont encore demeurés vains. Les recherches étiologiques et, peut-être, bactériologiques qui nous donneront sans doute la clé de ce problème ne sont seulement pas ébauchées à cette heure.

Il est possible, d'ailleurs, que les lymphadénomes bénins et les lymphadénomes malins soient de même structure, de même nature et de même origine, et qu'à un moment donné une circonstance quelconque, peut-être l'introduction d'un germe, leur imprime tout à coup une allure envahissante. Le malade de notre dernière observation porte un lymphadénome depuis quatorze ans ; la tumeur est treize ans restée stationnaire, lorsque, à propos d'une émotion morale violente, la tumeur s'accroît rapidement et le tue en dix mois. Le lymphadénome observé par Quénu et Tillaux n'avait pas bougé depuis cinq ans ; l'intervention chirurgicale lui imprima sans doute une activité particulière, et en quelques mois le malade fut emporté. Notre cas de lymphadénome testiculaire est aussi un exemple analogue, et nous pourrions multiplier jusqu'à l'infini les observations de ce genre.

Je crois cependant à la multiplicité des tumeurs de structure

adénoïde. Notre ami Edmond Brissaud a publié l'observation remarquable d'un jeune homme à qui j'ai enlevé il y a huit ou dix ans un sarcome mélanique et qui présente des engorgements ganglionnaires appelés lymphadénomes par plusieurs chirurgiens de marque et qu'amène et qu'emporte une poussée rhumatismale ; je m'imagine que la jeune anglaise de ma quatrième observation avait aussi un engorgement ganglionnaire de nature rhumatismale. On a décrit aussi des gonflements chroniques provoqués par l'impaludisme, et la malaria pourrait exceptionnellement tuméfier le tissu adénoïde du ganglion comme elle tuméfie celui de la rate.

Je ne voudrais pas m'engager plus avant sur un terrain aussi mobile, et je désire conclure de cette courte étude : 1° que si les tumeurs du cou sont souvent d'un diagnostic fort difficile et que, si nombre de fois, des ganglions tuberculeux ont été pris pour des lymphadénomes, nous pensons que certaines formes extrêmes, celles qui justement se retrouvent dans nos trois observations de guérison, peuvent être reconnues à peu près aussi souvent que l'est un squirrhe de la mamelle ; 2° que ces tumeurs sont d'un pronostic infiniment grave : l'intervention chirurgicale ne paraît donner que des désastres ; aussi recommandons-nous l'arsenic à l'intérieur à doses progressives, alterné parfois avec le phosphore et les injections interstitielles de liqueur de Fowler. Cette médication n'est point héroïque, comme l'ont prétendu les Allemands, mais elle nous paraît être encore la moins illusoire de toutes.

Discussion.

M. PRENGRUEBER. J'ai eu l'occasion d'observer et de traiter par la méthode arsenicale à haute dose un certain nombre de malades chez lesquels le diagnostic clinique de lymphadénome ne paraissait pas douteux. Il s'agissait en effet de nombreuses masses ganglionnaires, occupant le cou et quelquefois les aisselles, tumeurs indolentes, de consistance uniforme, mobiles, sans modification de la peau, — sauf un cas dont je parlerai tout à l'heure, — développées chez des sujets ne présentant aucune trace de tuberculose. Voici les résultats de ce traitement chez quelques malades :

Chez un premier malade, vu également par M. Berger, qui confirma mon diagnostic, chez lequel les masses ganglionnaires avaient plus que doublé le volume du cou, ces tumeurs disparurent avec le traitement ; j'ai su par le médecin du malade que, deux ans après ce traitement, la guérison s'était maintenue.

Une jeune fille, dans les mêmes conditions, vit ses tumeurs diminuer au point qu'il fallait explorer la région avec soin pour en

retrouver un certain nombre ; elles reparurent quelques mois après la cessation du traitement. Ce dernier fut repris ; nouvelle diminution des glandes, qui reparurent encore une fois après une nouvelle interruption du traitement. Ces alternatives d'amélioration et d'aggravation se renouvelèrent à trois reprises. La quatrième fois, malgré le traitement, la maladie s'aggrava et amena la mort.

Dans un troisième cas, l'une des tumeurs ganglionnaires s'était ramollie, avait contracté des adhérences à la peau qui était rouge, amincie, et la malade m'était envoyée comme ayant un abcès à ouvrir. Ayant constaté que la mollesse de la tumeur n'était pas due à une collection purulente, et pensant à un lymphadénome en raison de la multiplicité des tumeurs, je prescrivis le traitement arsenical. J'ai appris par le médecin de la malade que trois mois après les tumeurs avaient diminué, au point que sa cliente pouvait être considérée comme guérie. Je n'ai pas eu de ses nouvelles depuis.

Tout récemment, j'ai vu un quatrième malade, se présentant à moi dans les mêmes conditions que les précédents. Ici, le traitement arsenical fut absolument inefficace, et le malade était mort au bout de deux mois.

Ces faits prouvent, une fois de plus, que les tumeurs désignées sous le nom générique de *lymphadénome* présentent de nombreuses variétés, voire même que ce groupe comprend des espèces différentes ; celles-ci, malheureusement, ne peuvent être diagnostiquées que par la marche de la maladie. Quoi qu'il en soit, comme parmi ces tumeurs, un certain nombre, relativement bénignes, paraissent justiciables du traitement arsenical, on devra toujours l'essayer, quitte à l'interrompre lorsque la maladie s'aggrave, ainsi que cela m'est arrivé avec mon dernier malade.

M. QUÉNU. Toute la question est une question de diagnostic. Je crois qu'il est impossible par l'inspection seule de le faire.

Le mycosis fongoïde disparaît parfois spontanément : or, on l'a rangé dans le lymphadénome, on en a fait un lymphadénome cutané. De plus, les hypertrophies simples, que les Allemands ont classées dans le lymphadénome, ne sont pas comparables. Il en est d'elles comme de l'hypertrophie amygdalienne, qui n'a rien de malin. De ce qu'un ganglion devient gros et de ce que toute la chaîne se prend, il ne faut pas conclure au *lymphadénome* et ne faire le diagnostic qu'avec la tuberculose.

M. ROUTIER. J'ai observé à l'hôpital Laënnec une femme réputée atteinte de lymphadénome. Je l'ai soumise à l'arsenic. Elle eut des poussées de température, et à la suite se firent des abcès mani-

festement tuberculeux. Dans un second cas, il s'agissait d'un enfant de 9 ans menacé d'asphyxie. J'enlevai 775 grammes de ganglions. L'enfant a vécu deux ans, après quoi il est mort de pullulation dans le médiastin.

Chez M. Terrillon, j'ai vu guérir un malade par le traitement arsenical ; il revint et mourut six mois après. J'ai observé encore un échec du même genre.

M. VERNEUIL. C'est la seconde fois que la question revient devant la Société de chirurgie. M. Reclus nous dit : « N'opérez pas, pour ne pas donner un coup de fouet. » C'est mon avis formulé depuis longtemps ; mais la question préalable est de reconnaître sûrement le lymphadénome. De là, l'impossibilité de nous associer à la proscription absolue de M. Reclus.

Dans la thèse de Henri Bergeron, vous trouverez l'observation d'un boucher robuste ayant sous l'aisselle une tumeur du volume d'une tête d'enfant que j'opérai en 1865. Il a guéri. Un an après, il a été pris d'une tumeur semblable dans la gaine des vaisseaux carotidiens. Le malade a encore été opéré, a guéri et est mort six ans après de pneumonie. J'ai examiné la tumeur et j'ai trouvé que c'était un lymphosarcome.

Dans la même thèse de Bergeron, il y a une autre observation d'un de mes opérés. C'était un homme vigoureux qui fut vu par Follin et moi en 1864 : il nous paraissait inopérable ; la tumeur énorme siégeait dans la gaine des vaisseaux carotidiens. Le malade guérit, et je le revis six ans après.

Dans la thèse de Gaston Humbert est rapportée une observation que je lui ai donnée. La tumeur ganglionnaire ressemblait à du squirrhé ; il y eut deux récidives en trois ans.

En 1853, j'ai décrit dans la *Gazette hebdomadaire* l'hypertrophie simple des ganglions lymphatiques. Elle siège surtout au niveau de l'angle du maxillaire. Dernièrement, MM. Ricard et Clado ont présenté une note histologique au Congrès de chirurgie. J'en ai enlevé cinq. Elles ne récidivent jamais. Or, à l'extérieur, impossible de les distinguer du lymphadénome.

Donc, après une tentative de thérapeutique, on est autorisé à opérer, tout en réservant le pronostic. Quant à l'extirpation fragmentaire exploratrice, elle a été préconisée par M. Trélat. A propos du traitement, je dirai qu'outre l'arsenic j'ai administré l'huile phosphorée avec succès.

M. TERRIER. Il est absolument impossible de diagnostiquer, au point de vue micrographique, le lymphadénome de l'hyperthrophie simple. M. Cornil me l'a affirmé. L'inoculation est indispensable

pour l'étude bactériologique. Donnera-elle ou non des résultats ? C'est à examiner.

La question clinique n'a pas fait un pas depuis 1872, époque de la thèse de M. Bergeron. Notre thérapeutique est hésitante, comme notre diagnostic. Il faut reconnaître notre ignorance. J'accepte l'arsenic, que M. Reclus a vanté après la plupart des chirurgiens allemands, et surtout Winiwarter (de Liège).

Mais je n'accepte pas que les abcès consécutifs à ses injections interstitielles soient indifférents : ils prouvent que ces injections n'étaient pas aseptiques.

Dans toutes les injections que j'ai faites, je n'ai pas eu d'abcès. Mon incision exploratrice est un traumatisme moindre que l'intervention de M. Reclus, provoquant la suppuration.

J'ai souvent enlevé des hypertrophies ganglionnaires, diagnostiquées telles d'après la marche clinique. J'ai fait des examens au microscope et des inoculations négatives : les malades ont guéri. On doit agir en pareil cas. Je crois qu'il serait même prudent d'opérer dès le début du lymphadénome pour éviter la propagation. C'est ainsi qu'on agit dans le cancer.

Les lymphosarcomes d'autres organes peuvent être enlevés avec succès. J'ai opéré avec M. Terrillon, il y a trois ans, un lymphadénome du testicule qui n'a pas récidivé.

L'arsenic n'est du reste pas une panacée.

M. TRÉLAT. Les tumeurs ganglionnaires, qui ne sont ni cancéreuses, ni syphilitiques, ni tuberculeuses, sont des lymphadénomes bénins ou malins.

Dans l'immense majorité des cas, il s'agit, pour les adénites, de dégénérescences caséuses et tuberculeuses. L'hypertrophie simple est l'exception.

Restent les lymphadénomes ; il y en a de deux classes : 1° les bénins, sans retentissement général, localisés, quel que soit leur volume ; 2° les malins ; ils siègent dans le testicule, dans l'amygdale, dans les ganglions. Ils amènent fatalement la mort des malades par généralisation ; c'est, en somme, une forme très rare.

Quant au diagnostic, voici la règle clinique que je suis :

Étude soignée des anamnestiques, et en particulier de l'état des ganglions dans l'enfance, et de la marche.

Le diagnostic lymphadénome bénin établi, je fais le traitement arsenical. J'ai eu un beau succès, un douteux. Je pratique, du reste, volontiers l'extirpation, à moins de contre-indication.

Quand l'étude des symptômes me fait penser au lymphadénome malin, je m'abstiens. Heureusement ces tumeurs sont rares.

Je ne dis rien de l'adénie de Trousseau; la généralisation à tous les ganglions éclaire le diagnostic.

M. QUÉNU. Généralement on opère ces malades parce que leur tumeur grossit. Il n'est donc pas étonnant que la récurrence soit rapide après les opérations.

Présentations de pièces.

1° *Grossesse de quatre mois. Gros fibrome utérin. Myomotomie*

PAR M. ROUTIER.

La pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société est un gros fibrome pesant 2^{kg},415, mesurant 27 centimètres dans son diamètre vertical et dans son diamètre horizontal, 12 centimètres au sommet, 16 au milieu, 17 à la base.

Il a la forme d'un rein, et s'insérerait par le hile sur le fond de l'utérus; la surface de section du pédicule représente une circonférence de 12 centimètres de diamètre.

Ce fibrome existait depuis longtemps sans doute chez la malade, qui n'en soupçonnait pas l'existence; il a dû s'accroître beaucoup par le fait de la grossesse; toujours est-il que depuis quinze jours, à la suite d'une sorte de mouvement qui s'est fait dans son ventre, la tumeur s'est placée verticalement suivant son plus grand diamètre, reposant d'une part sur le pubis, d'autre part dans la concavité du diaphragme, et soulevant ainsi fortement la paroi abdominale sur la ligne médiane; depuis ces quinze jours, les douleurs étaient continuelles, et la position debout à peu près insupportable.

La malade racontait qu'elle n'avait pas eu ses règles depuis trois mois. Le col utérin ne donnait aucun signe de probabilité de grossesse, mais on trouvait dans le flanc gauche, parallèlement à l'arcade et cachée dans la profondeur, une tumeur molle pseudo-fluctuante qui subissait les mouvements imprimés au col utérin. C'était l'utérus et l'utérus gravide.

Pas de ballotement, pas de bruit du cœur.

Vu ces douleurs, vu la grossesse présumée, je me décide à intervenir.

Le fibrome a été enlevé malgré la largeur de son pédicule; un surjet à la soie a rapproché les parois de l'utérus non ouvert en entier, et après avoir replacé cet utérus sur la ligne médiane, j'ai fermé le ventre complètement.

La grossesse continue, la malade n'a jamais eu plus de 37°,5 et de 78 pulsations.

Elle est opérée depuis aujourd'hui quatorze jours.

2° *Fibro-sarcome de l'ovaire*

Par M. MONOD.

M. CH. MONOD présente un fibro-sarcome de l'ovaire gauche enlevé chez une femme de 50 ans, développé dans l'espace d'un an, et s'étant accompagné d'une ascite considérable, ponctionnée cinq fois, fournissant chaque fois plus de 20 litres de liquide. La tumeur, du volume d'un melon de moyenne taille, était très mobile, reliée au ligament large par un pédicule mince. A la coupe, elle est d'une dureté fibreuse, blanche comme un fibrome, avec vascularisations disséminées dans la masse. La surface externe est grossièrement lobulée. Le résultat de l'examen histologique sera communiqué. La malade, opérée il y a huit jours, est en voie de guérison.

Élection.

Commission pour l'examen des titres des candidats à la place vacante de membre titulaire.

Sont élus : MM. Tillaux, Kirmisson et Brun.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
S. Pozzi.

Séance du 20 novembre 1889.

Présidence de M. LE DENTU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° M. TH. ANGER s'excuse de ne pouvoir assister à la séance;

3° M. REYNIER demande un congé pendant la durée du concours d'internat;

4° *Note sur les malades traités à l'hôpital de Pen-Bron, de 1887 à 1889*, par les D^{rs} GRUGET et POISSON (de Nantes), chirurgiens de l'hôpital;

5° M. PAUL VIAU, notaire à Paris, transmet à la Société l'extrait suivant du testament de M^{me} veuve Huguier : « Je lègue à la Société de chirurgie une somme de 10,000 francs, au nom du D^r Huguier, dont elle disposera dans le but le plus utile à ses travaux; »

6° *De l'eczéma curateur*, par le D^r AMAT (commissaire : M. Chauvel).

A propos du procès-verbal.

M. ASSAKY (de Bucarest), membre correspondant, envoie la note suivante :

Ventrofixation de l'utérus sans laparotomie.

Je viens d'exécuter l'opération de la ventrofixation de l'utérus sans laparotomie dans les conditions suivantes :

Il s'agit d'une vieille femme de 70 ans, atteinte d'un prolapsus complet de l'utérus datant de quelques semaines. La chute avait eu lieu à la suite d'un effort, et la tumeur, qui dépassait la vulve d'une dizaine de centimètres, renfermait à sa partie inférieure un utérus en involution sénile, petit et mou, mesurant environ 6 centimètres.

J'ai cherché à suturer l'utérus à la paroi abdominale sans ouvrir la cavité péritonéale.

Après avoir endormi la malade, réduit l'utérus et vidé la vessie, un aide appliqua l'utérus contre la paroi abdominale au moyen de deux doigts introduits dans le vagin, et sur cet utérus, qui faisait saillie et servait de point de repère, j'ai fait une incision médiane comprenant la peau, le panicule adipeux et le fascia superficialis.

Grâce à cette incision, longue de 3 à 4 travers de doigt, nous avons pour ainsi dire l'utérus sous la main. La paroi musculaire est relâchée par le chloroforme, et en s'aidant des doigts introduits dans le vagin il devient extrêmement facile de présenter à la main, qui palpe dans la plaie, le fond, la face antérieure, les bords du corps de l'utérus.

Après avoir fixé l'utérus entre le pouce et l'index, nous avons traversé avec une aiguille de Reverdin courbe la paroi abdominale, ainsi que l'utérus, pour ressortir à quelques centimètres du point d'entrée. Eu égard au petit volume que présentait l'utérus de cette vieille femme, nous n'avons placé qu'un seul point de suture (fil de soie tressée n° 4).

Pendant que je me préparais à faire la suture, à la suite d'une inspiration profonde de la malade, une anse intestinale vint s'interposer entre l'utérus et la paroi. Je fis alors placer les genoux de la malade sur les épaules d'un aide, qui la tint ainsi quelques instants, le temps nécessaire à la suture, le bassin surélevé et la tête basse, dans la position déclive adoptée par Trendelenburg pour la taille hypogastrique. Dès que la malade fut ainsi pendue par les pieds, la forme du ventre fut légèrement modifiée, et je pus m'assurer à plusieurs reprises que rien ne venait plus masquer l'utérus.

Je ne sais quel sera le résultat de cette intervention opératoire et si cette tentative est appelée à devenir le point de départ de recherches sur la ventrofixation sans laparotomie. J'ai tenu à faire cette très courte communication pour prendre date et pour appeler l'attention sur les avantages que peut tirer la chirurgie gynécologique de la surélévation du bassin.

Discussion.

M. Pozzi. M. Assaky a été précédé dans sa tentative de ventrofixation sans ouverture du péritoine, directement à travers les parois abdominales, par Caneva (*Gazzetta degli ospitali*, 20 décembre 1882), qui a proposé l'opération contre le prolapsus, et par Kelly (de New-York), qui l'a récemment exécutée dans trois cas contre la rétroversion (*American Journal of obstetrics*, octobre 1889, p. 1068).

Schücking, de Pyrmont (*Centralblatt für Gynäkologie*, 1888, n° 12 et 42), a proposé de redresser l'utérus rétrofléchi en le fixant au cul-de-sac vésico-utérin, sans laparotomie, et en agissant par le vagin. C'est une opération très différente de la première, mais qui peut en être rapprochée. Je crois l'une et l'autre dangereuses, exposant à blesser la vessie et l'intestin.

Quant aux avantages de la position dorso-sacrée déclive en gynécologie, ils ont fait l'objet d'un travail de Mendez de Léon. (*Ein neues Untersuchungsverfahren. — Cent. f. gyn.*, 1888, n° 21.)

M. TERRIER. Le procédé de Caneva a été longuement décrit dans la thèse récente de mon élève M. Dumoret.

Communication.*Traitement des lymphadénomes ou lymphomes*

PAR M. PAUL BERGER.

Voici quel est, en quelques mots, le résultat de mon expérience sur le traitement des lymphomes : je n'ai jamais pratiqué l'extirpation de tumeurs de cette nature ; pendant mon internat, notamment chez Dolbeau, j'avais assisté souvent à de semblables opérations. Dolbeau était un opérateur correct et hardi, et grâce au pansement à l'alcool, il avait des succès à une époque où la mortalité opératoire était encore très considérable ; je l'ai vu plusieurs fois pratiquer l'extirpation d'énormes tumeurs ganglionnaires du cou et guérir ses malades. Ces tumeurs appartenaient bien à la catégorie de ce qu'on appelait alors des lymphadénomes ; elles en avaient tous les caractères ; or, quoique les opérés fussent sortis sains et saufs de l'opération et de ses suites, deux fois au moins je pus constater la récurrence presque immédiate et la reproduction de nouvelles tumeurs semblables à celles qui avaient été énucléées, avant la fin même de l'année où je les avais vu enlever. Je fus confirmé encore dans l'éloignement que ces souvenirs m'avaient inspiré pour l'extirpation des lymphadénomes par la lecture d'un intéressant travail émanant de la clinique de Czerny (à Fribourg en Brisgau) et publié par Tholen dans l'*Archiv für klinische Chirurgie* de 1874. Dans ce mémoire, on préconisait le traitement par la médication arsenicale, à l'exclusion de toute opération chirurgicale. Ce fut à cette médication que je m'adressai quand j'eus à traiter des cas de lymphomes.

Le hasard réunit, en 1883, dans le service de Gosselin, que je suppléais dans sa chaire de clinique, un certain nombre de cas de tumeurs ganglionnaires volumineuses du cou, dont quelques-unes pouvaient être considérées comme de nature incertaine, mais dont la plupart possédaient tous les caractères des lymphomes malins. Je soumis tous ces malades au traitement interne par l'administration de la liqueur de Fowler à hautes doses ; voici le résumé de ces observations, telles qu'elles m'ont été conservées par mon collègue et ami M. le Dr Picqué, alors chef de clinique à l'hôpital de la Charité :

Obs. I. — Femme de 48 ans ayant eu des engorgements ganglionnaires dans son enfance ; atteinte depuis deux ans d'un gonflement très considérable sous l'angle gauche de la mâchoire, qui, depuis trois mois, a pris un volume très notable. Tumeur ganglionnaire assez

considérable des ganglions sus-claviculaires ; à droite, mêmes lésions, mais moins prononcées. Aucune lésion viscérale appréciable, aucune altération de l'état général. Tout en inclinant vers l'hypothèse d'une tuberculose ganglionnaire, je donne l'arsenic à haute dose, du 20 janvier au 5 mars ; *amélioration très notable*.

Obs. II. — Jeune fille de 18 ans, sans aucun antécédent scrofuleux, atteinte depuis un an et demi d'une tuméfaction croissante des ganglions de l'aisselle, occupant les ganglions superficiels et profonds de la région. Ceux-ci forment des tumeurs très volumineuses, indolentes et parfaitement mobiles ; nulle part ailleurs il n'y a d'engorgements ganglionnaires ; diagnostic : lymphome de l'aisselle. Au bout de six semaines de traitement porté à 30 gouttes de liqueur de Fowler par jour, *les tumeurs de l'aisselle ont presque complètement disparu*.

Obs. III. — Homme de 25 ans ayant subi pour un accident l'énucléation de l'œil gauche. Il est atteint d'une tumeur unilatérale droite, formée de ganglions indolents, mobiles, indépendants, de consistance molle et régulière, s'étendant de l'angle de la mâchoire à toute la longueur du sterno-mastoidien droit. Nulle part il n'existe d'autre groupe ganglionnaire engorgé. Six semaines de traitement, à raison de 30 gouttes de liqueur de Fowler par jour, amenèrent la *disparition complète de la tumeur*.

Celle-ci reparut quelques mois après ; mais un nouveau traitement arsenical institué à l'hôpital Necker en amena de nouveau la diminution très rapide.

Obs. IV. — Homme de 39 ans ayant eu quelques engorgements ganglionnaires sans importance, puis, à diverses reprises, des poussées de rhumatisme articulaire aigu ou subaigu au cours desquelles il a vu se reproduire quelques tuméfactions de même nature. Il y a huit mois que le gonflement s'est emparé des ganglions de l'angle de la mâchoire et s'est rapidement accru, malgré un traitement iodé : il présente tous les caractères du lymphadénome. Le traitement, porté à 32 gouttes de liqueur de Fowler par jour, dut être interrompu à cause des accidents d'intoxication ; néanmoins, en un mois et demi, *la tumeur avait complètement disparu*.

Obs. V. — Homme de 24 ans, sans antécédents, portant depuis dix-huit mois, du côté gauche du cou, une tumeur formée de grosses nodosités souples, mobiles, indépendantes les unes des autres, indolentes, ayant tous les caractères du lymphome. La rate est énorme ; le foie déborde les côtes. Le malade prend 15 gouttes de liqueur de Fowler par jour, et l'on peut constater une *diminution notable de la tumeur*, sans modifications des lésions abdominales, quand il quitte le service, au bout d'un mois.

Obs. VI. — Homme de 29 ans, entré à l'hôpital pour une fracture bimalléolaire. On découvre une chaîne formée de ganglions mobiles et

durs occupant le côté droit du cou, depuis la région parotidienne. Le malade a eu une otorrhée dans son enfance. Bien que le diagnostic fût douteux, on le soumit au traitement arsenical ; le 50^e jour, il quittait l'hôpital en voie d'amélioration notable.

Ainsi qu'on le voit, les observations I et VI sont peut-être des exemples de tuberculisation ganglionnaire ; dans ces deux cas, le diagnostic était au moins douteux. Il n'en était pas de même dans les quatre autres, et si l'on peut diagnostiquer les lymphomes par un ensemble de caractères qui les fassent reconnaître avec quelque certitude, ces caractères, réunis chez ces malades, ne permettaient pas de douter qu'on eût affaire à cette variété de tumeurs.

On ne saurait, en effet, se refuser à admettre que, même sans avoir pratiqué l'examen histologique ou l'inoculation du tissu pathologique, on puisse arriver à formuler un diagnostic. Le siège unilatéral des tumeurs, leur début par un seul groupe ganglionnaire, le volume énorme qu'acquièrent les ganglions engorgés sans devenir douloureux, sans changer de consistance, en restant mobiles sous la peau, mobiles sur les parties profondes, mobiles les uns sur les autres, sont, avec l'âge des sujets, l'absence d'antécédents scrofuleux, autant de signes qui ne peuvent guère laisser de doutes. En tout cas, ce ne sont pas là les caractères ordinaires des engorgements tuberculeux.

Que ces tuméfactions ganglionnaires forment un groupe unique, cela peut sembler plus douteux. Il est certain qu'entre des tumeurs présentant des caractères cliniques identiques au début et même une même structure, il existe des différences notables de nature et d'évolution, de telle sorte que les unes restent, fort longtemps au moins, une affection toute locale, tandis que les autres se généralisent, se métastasent dans les organes les plus divers, infectent l'économie et mènent à une sorte de cachexie rapide ou à des complications mortelles. Entre ces deux variétés de lymphomes, la distinction n'est pas facile à faire au début : il est probable que les uns pourraient être enlevés sans danger, peut-être avec quelques chances de guérison définitive ; quant aux lymphomes malins proprement dits, je crois avec M. Reclus que leur extirpation est tout au moins inutile et même dangereuse. En raison de l'action que le traitement arsenical paraît avoir sur les unes et les autres, je crois que cette médication est encore celle à laquelle j'aurais recours de préférence. Je n'aurais même aucune objection à faire à l'administration du traitement arsenical pour des tumeurs ganglionnaires suspectes de tuberculose, puisque nous savons que des engorgements de cette nature cèdent au traitement arsenical, au traitement par les eaux de la Bourboule

notamment, aussi bien qu'à la médication iodée ou au traitement maritime.

Vouloir appliquer l'extirpation à toutes les adénopathies tuberculeuses me paraît un traitement à la fois insuffisant et excessif : insuffisant, car on n'est jamais sûr d'enlever toutes les manifestations locales de la tuberculose, et à côté des ganglions que l'on enlève, on en laisse d'autres qui sont déjà pris et qui reproduiront la maladie ; excessif, car il aurait pour résultat de laisser des traces visibles de l'opération sur le cou de bien des sujets qui peuvent guérir sans aucune marque apparente par un traitement général bien institué.

Telles sont les raisons pour lesquelles je pense qu'on doit recommander le traitement par la médication arsenicale à hautes doses dans les cas de ces tuméfactions ganglionnaires que l'on considère comme appartenant à la catégorie encore assez mal définie des tumeurs lymphadéniques.

Discussion.

M. HUMBERT. Dans la dernière séance, M. Verneuil a cité quelques exemples de tumeurs ganglionnaires malignes opérées avec succès ; il a rappelé notamment une observation que j'ai publiée en 1878 dans une thèse d'agrégation sur les néoplasmes des ganglions lymphatiques.

Cette observation a trait à un homme qui portait dans la région sous-maxillaire gauche une tumeur dont le début remontait à six ans, et que M. Verneuil opéra à trois reprises, d'abord en 1872, puis, cinq ans plus tard, en 1877, enfin, pour une seconde et très légère récurrence, en 1878. Depuis cette époque, le malade a été perdu de vue. Mais cette tumeur n'était pas un lymphadénome : il s'agissait d'une affection bien plus rare, d'un cancer primitif des ganglions lymphatiques. L'examen histologique, dont j'ai rapporté tous les détails, et que pratiquèrent successivement MM. Ranvier, Nepveu et Malassez, ne laisse aucun doute à cet égard.

Si remarquable que soit ce fait d'un cancer ganglionnaire évoluant sur place pendant douze ans, — alors que les tumeurs de même nature, lorsqu'elles sont secondaires, ont en général une marche si rapide, — il ne peut entrer en ligne de compte dans la discussion actuelle ; M. Reclus peut le récuser et dire qu'il n'infirme en rien son opinion, puisque le néoplasme n'était pas un lymphadénome, et que c'est aux lymphadénomes seuls qu'il s'abstient de toucher, et non aux autres variétés de tumeurs ganglionnaires.

Quoi qu'il en soit, nous possédons des observations assez nom-

breuses pour démontrer que l'intervention chirurgicale dans les lymphadénomes, loin d'être toujours dangereuse et de hâter la marche du mal, peut être au contraire suivie de résultats favorables, sinon d'une guérison absolue, au moins d'une survie sur laquelle on n'est guère en droit de compter quand la maladie est abandonnée à elle-même.

J'ai donc été surpris, non pas d'entendre M. Reclus préconiser le traitement par l'arsenic, dont je ne conteste ni la valeur ni l'utilité, surtout dans les cas où l'on n'a pas d'autre ressource, — mais de l'entendre proscrire radicalement le traitement chirurgical.

Je ne reviendrai pas sur les objections qui ont été faites à M. Reclus. On sait qu'il ne suffit pas de dire ni même de prouver que des tumeurs ganglionnaires ne sont pas tuberculeuses, et de les réunir sous le nom de lymphadénomes, pour en conclure qu'elles ont la même nature. Si nous sommes peu édifiés sur la genèse, le développement, la marche des tumeurs malignes en général, l'obscurité est bien plus grande encore en ce qui concerne particulièrement celles qu'on appelle, dans leur ensemble, lymphadénomes. Tantôt elles progressent avec une extrême rapidité, se généralisent en quelques mois, en quelques semaines, quelquefois même d'emblée; tantôt elles restent longtemps stationnaires, et si la généralisation se produit, ce n'est qu'après des années qu'on la voit survenir. Rien ne peut nous éclairer sur le diagnostic de ces différentes formes, ni l'examen le plus attentif des malades, car elles ont les mêmes caractères symptomatiques; ni l'examen histologique des tumeurs, car il est à peu près impossible de distinguer la simple hypertrophie ganglionnaire du lymphadénome le plus malin; encore moins l'examen du sang, puisque la leucocytose n'existe presque jamais. Nous en sommes réduit à supposer que, dans certains cas, une maladie générale, l'adénie de Trousseau, la lymphadénie, comme on l'appelle aujourd'hui, détermine, soit d'emblée, soit par poussées successives, mais très rapprochées, la production de tumeurs ganglionnaires et même, dans différents organes, des tumeurs constituées par du tissu adénoïde; que, dans d'autres cas, un ganglion ou un groupe ganglionnaire deviennent primitivement le siège d'une néoplasie dont la marche peut être très lente, et qui restera localisée jusqu'au jour où elle deviendra la cause d'une infection secondaire, d'une généralisation.

Ce qu'il y a de certain, c'est que, lors même qu'un malade a été débarrassé d'un lymphadénome par le traitement arsenical, par l'ablation au bistouri, ou même pas la disparition spontanée de la tumeur, ainsi qu'on l'a observé quelquefois, on n'est jamais en droit de le considérer comme guéri; il faut s'attendre à la récurrence

et à la généralisation, sans qu'on puisse prévoir le temps qui s'écoulera avant la manifestation de ces accidents. Le seule chance qu'on ait de les prévenir, ou du moins de les retarder, c'est d'envisager toute tumeur ganglionnaire qui n'est ni tuberculeuse, ni syphilitique, comme une tumeur maligne, et de la traiter comme telle, c'est-à-dire de l'enlever aussi complètement que possible et dans le plus bref délai.

Que l'on hésite, que l'on s'abstienne même dans bien des cas, lorsqu'on a lieu de redouter les dangers immédiats ou consécutifs d'un grand traumatisme opératoire, cela va de soi, et c'est alors qu'on est heureux d'avoir la ressource du traitement arsenical; mais s'abstenir de parti pris, quand même la tumeur est petite, non adhérente, quand il suffit pour l'énucléer d'une incision si minime que le traumatisme est réellement insignifiant, voilà ce que je ne m'explique pas, et ce que M. Reclus ne nous a pas expliqué.

Tel est précisément le cas d'un des malades dont il nous a parlé, de cet homme qu'il soigne depuis cinq ans, et auquel il ne reste actuellement qu'une tumeur moins grosse qu'un œuf, bien limitée, mobile, et qu'il ne peut cependant pas opérer, malgré ces conditions exceptionnellement favorables. Mais en quoi donc une simple incision des téguments peut-elle être plus grave que cet autre traumatisme, car c'en est un, qui consiste à enfoncer tous les deux jours une aiguille de Pravaz dans une tumeur, et cela pendant des semaines, pendant des mois ? Pour ma part, si j'avais affaire au malade de M. Reclus, je l'opérerais immédiatement, sans hésitation; et j'ajoute que si, par hasard, des accidents de généralisation suivaient de près l'opération, je les considérerais comme une simple coïncidence, et nullement comme le résultat de mon intervention.

Il n'y a véritablement qu'une seule contre-indication *absolue* à la cure chirurgicale des lymphadénomes, c'est la généralisation; non pas seulement la généralisation confirmée, étendue, mais celle dont un indice, même le plus léger, permet de soupçonner le début. S'abstenir, en pareil cas, voilà une règle fixe, indiscutable, mais je n'en connais pas d'autre. A part cela, nos décisions ne peuvent être déterminées que par des conditions particulières et essentiellement variables, telles que l'âge et l'état général des malades, le siège, le volume, la marche de la tumeur. C'est pourquoi il y a autant de difficulté à se tracer d'avance une ligne de conduite immuable qu'il peut y avoir d'inconvénients à ne jamais s'en départir.

M. QUÉNU. M. Berger affirme qu'il n'y a que les lymphadénomes qui guérissent par l'arsenic. C'est ce qu'il faudrait démontrer.

M. CHAMPIONNIÈRE. J'ai observé un cas de guérison temporaire par l'arsenic ; le malade a fini par mourir d'un retour de sa tumeur. J'ai observé aussi plusieurs cas de ralentissement dans la marche du lymphadénome, mais aucun de guérison durable. Je crois donc que l'opération est légitime, après qu'on a essayé l'usage de l'arsenic, temporairement.

M. RECLUS. Ma réponse sera très brève, car les divergences qui se sont produites au cours de cette discussion me paraissent, au fond, beaucoup plus apparentes que réelles.

La question visée dans ma communication était double : elle touchait au diagnostic du lymphadénome d'une part, et de l'autre à son traitement par l'arsenic à haute dose. Sur le premier point, l'accord est complet : tous mes collègues ont déclaré ce diagnostic d'une difficulté telle que, dans la plupart des cas, il est absolument impossible ; l'histologie même n'y suffit pas toujours, comme l'affirmaient Quénu et le professeur Cornil. Au point de vue clinique, l'erreur est surtout facile pour les petites tumeurs du cou, et comme la tuberculose est plus fréquente que le lymphadénome, je dis que la tuberculose est le diagnostic de probabilité ; je suis en cela l'enseignement de M. Trélat, et les cas que j'ai observés dans mon service n'ont fait que me confirmer ce que j'avais vu dans le sien. Je n'ignorais pas non plus qu'il faut compter avec certaines tumeurs particulières et encore fort mal connues, décrites par M. Verneuil, puis par Ricard et Clado, sous le nom de « pseudo-tuberculose » ; leur structure rappelle celle des ganglions tuberculeux ; on y rencontre des cellules géantes, mais pas de bacilles, et le mal ne serait pas inoculable.

Mais si le diagnostic est impossible lorsqu'il s'agit de petite tumeur, j'ai ajouté qu'il devenait presque facile lorsque le lymphadénome s'est développé, qu'il acquiert le volume énorme signalé dans mon observation, conservant partout la même résistance élastique, sans points ramollis ou fluctuants, sans fistules intarissables, et dont les abcès guérissent en quelques heures lorsque des injections trop abondantes ou trop souvent répétées ont provoqué de la suppuration. Je ne sache pas que la tuberculose puisse jamais revêtir tous ces caractères à la fois et prendre une allure si différente de son évolution ordinaire ; en tout cas, personne d'entre vous ne nous a apporté ici d'observations contradictoires.

Maintenant tous les lymphadénomes de cet aspect extérieur sont-ils de même nature ? Nous n'en savons rien, et il y en a qui paraissent bénins, tandis que d'autres s'accroissent avec la rapidité des plus mauvais cancers. Je ferai pourtant remarquer que

le même lymphadénome peut prendre l'une et l'autre de ces allures, et je rappellerai les faits si nombreux où une tumeur restée plusieurs années stationnaire s'accroissait tout à coup et tuait son malade en quelques mois. N'est-ce pas ce qui fut observé dans un de nos cas où un lymphadénome cervical sommeillant depuis treize ans se réveilla tout à coup, et où notre individu en mourait au bout de dix mois ! Avait-il eu d'abord un lymphadénome bénin qui se serait tout à coup transformé en un lymphadénome malin. Il est possible que la bactériologie nous donne un jour la clé de ce mystère.

Les divergences dont je parlais existent seulement à propos du traitement. J'aurais tendance à proscrire formellement l'intervention opératoire, qui, dans les cas nombreux où je l'ai vue employée, aurait achevé la marche du néoplasme et hâté le dénouement fatal. Mon maître, M. Verneuil, est moins pessimiste ; il aurait au contraire recueilli quelques cas de guérison par l'extirpation ; M. Routier a constaté, dans ce cas, une survie de deux ans, et M. Terrier attend encore la récurrence au bout de trois ans après l'extirpation d'un cancer du testicule. Je dois tenir compte de ces faits, et, sur ce point, je ne dirai pas mon opinion, mais bien l'opinion générale que j'ai trouvée reproduite dans tous les classiques doit peut-être être légèrement modifiée.

Quant à l'hypothèse émise par mon ami M. Terrier, qu'une ablation rapide du premier ganglion apparu pourrait être en définitive le meilleur des traitements, nous n'avons rien pour la contrôler, et nous pensons qu'il en sera longtemps ainsi. En effet, je pense avec M. Trélat que, sur la foi d'un diagnostic absolument précaire, peu de malades accepteraient une intervention sanglante, un coup de bistouri et la cicatrice consécutive pour un petit ganglion récemment apparu, et que pourraient peut-être faire disparaître quelques cuillerées d'huile de foie de morue.

Aussi je conclurai, comme dans ma communication, en répétant que, lorsque le diagnostic de lymphadénome est bien établi, et il peut l'être dans les formes extrêmes dont je vous ai donné trois observations, l'arsenic à hautes doses me paraît être le traitement le moins illusoire.

M. TERRIER. Il ne faut pas confondre le traitement par l'arsenic administré par ingestion et le traitement par les injections interstitielles. Cette petite opération est aussi sérieuse que l'extirpation, et je n'hésite pas à lui préférer cette dernière, ce qui a en outre l'avantage de m'éclairer sur la nature du ganglion. Dans un cas récent, j'ai eu à m'en applaudir, car on put s'assurer sur la pièce enlevée qu'il s'agissait non d'un lymphadénome, mais d'un ganglion tuberculeux. Je crois qu'il est indiqué d'enlever toujours les gan-

glions au lieu de rester dans le doute ou de s'en tenir à un traitement général.

Les seringues dont on doit se servir sont les nouvelles seringues construites pour les laboratoires de M. Straus et de M. Pasteur (sur les indications de M. Roux), et qu'on peut faire bouillir et désinfecter complètement. J'en mets des modèles sous les yeux des membres de la Société.

Élection.

Scrutin sur la demande d'honorariat de M. Després.

M. DESPRÉS est nommé membre honoraire par 23 voix.

Communication.

Plaie pénétrante de l'estomac par balle de revolver. Blessure de l'artère coronaire-stomachique. Laparotomie deux heures et demie après l'accident. Guérison.

Par M. JALAGUIER.

Le 18 juin 1889, à huit heures et demie du soir, je fus appelé à l'hôpital Lariboisière, salle Denonvilliers, n° 19, dans le service de M. Berger, pour une jeune femme de 29 ans qui, deux heures auparavant, s'était tiré un coup de revolver dans le côté gauche. Le canon de l'arme, du calibre de 7 millimètres, avait été appliqué directement sur la peau.

Je trouvai la blessée dans un état grave : pâleur de la face, pouls petit, anxiété extrême, douleurs vives dans tout le côté gauche de la poitrine, surtout du côté de l'épaule; ces douleurs étaient exaspérées par les mouvements d'inspiration.

L'orifice d'entrée de la balle siégeait immédiatement au-dessous du rebord costal, à 4 centimètres de la ligne médiane, à 9 centimètres au-dessus d'une ligne horizontale passant par l'ombilic. Il était noirâtre et ne saignait pas. A la périphérie, on ne sentait pas le projectile.

L'abdomen était souple, un peu douloureux à la pression, mais surtout dans l'hypogastre, et cette sensibilité pouvait être attribuée à un état pathologique de l'utérus ou des annexes. La malade affirmait qu'elle souffrait ainsi depuis plusieurs années; du reste, elle était au moment de ses règles, et les douleurs n'étaient ni plus vives, ni d'un autre caractère que celles qu'elle éprouvait ordinairement dans ces circonstances. La région ombilicale pouvait être palpée sans que cette exploration provoquât la moindre souffrance. La seule région vraiment douloureuse était au voisinage immédiat de la plaie, dans

un rayon de 5 à 6 centimètres ; quand on la touchait à ce niveau, la blessée accusait une vive douleur.

Après l'accident, elle n'avait pas perdu connaissance, et, depuis lors, il ne s'était produit ni nausée ni vomissement. Du reste, l'estomac était vide ; la seule nourriture prise dans la journée avait consisté en un peu de lait avec un croissant, pris dans la matinée.

Les symptômes fonctionnels se rapportaient beaucoup plus à une plaie de poitrine, avec lésion du diaphragme, qu'à une plaie pénétrante de l'abdomen, d'autant que la malade racontait qu'elle avait tenu le revolver avec sa main droite, dirigeant le canon obliquement en haut et à gauche. Cependant, il ne s'était pas produit d'hémoptysie, et l'examen de la poitrine ne révélait rien d'anormal ; le mouvement vésiculaire s'entendait, très pur, du haut en bas.

J'étais donc fort embarrassé, sans diagnostic précis, et hésitant sur la conduite à suivre. Un signe qui m'avait échappé tout d'abord me permit de prendre un parti. En percutant soigneusement l'abdomen, je constatai à l'épigastre et au niveau de l'hypochondre gauche, dans un rayon de plusieurs centimètres autour de la blessure, l'existence d'une sonorité exagérée, très superficielle et qui me parut devoir être attribuée à la présence d'une certaine quantité de gaz dans le péritoine. Ce gaz ne provenait vraisemblablement pas du poumon gauche, puisque le murmure vésiculaire s'entendait jusqu'au rebord costal et qu'il n'existait pas de pneumothorax ; il ne pouvait venir que de l'intestin ou de l'estomac. Je me résolus à intervenir sans retard.

Au moment où la malade fut placée sur le brancard pour être transportée à la salle d'opérations, elle eut une nausée, mais sans vomissement.

Après anesthésie, je voulus rechercher, avant d'ouvrir le ventre, si la plaie pénétrait bien dans l'abdomen ; je fis donc une incision de six centimètres dont le milieu correspondait à l'orifice d'entrée du projectile ; je mis ainsi à découvert l'aponévrose ; à première vue, je n'y découvris aucune perforation ; mais après quelques instants de recherches à l'aide d'une sonde cannelée, j'entrai directement dans le péritoine, et aussitôt je vis s'échapper par la cannelure quelques fines bulles de gaz. La pénétration et la lésion d'un point quelconque du tube digestif se trouvant ainsi mises en évidence, j'abandonnai mon incision exploratrice pour faire sur la ligne médiane une incision verticale allant de l'appendice xyphoïde à l'ombilic.

A l'ouverture du péritoine, il s'écoula un flot de sang, partie liquide, partie coagulé. Au même instant, la malade tomba en syncope, et il fallut, pour la ranimer, cinq à six minutes de respiration artificielle. Le foie, qui se montrait à la partie supérieure de l'incision, fut soulevé ; au-dessous de lui se trouvait un volumineux caillot, gros comme la moitié du poing, reposant sur l'épiploon gastro-hépatique et recouvrant la face antérieure de l'estomac. J'enlevai ce caillot, et il me fut possible de voir l'estomac, que j'attirai dehors : j'aperçus bientôt une large perforation qui siégeait sur la petite courbure, immédiatement au-dessous du cardia. Le bout central de l'artère coronaire stomacique saignait

en jet, sur le bord gauche de la perte de substance. Celle-ci avait une forme ovulaire; le grand diamètre dirigé en haut et à gauche mesurait environ un centimètre et demi; la largeur était d'un centimètre au moins; l'ouverture était béante et laissait voir la cavité stomacale; la muqueuse, coupée nettement, saignait beaucoup.

J'arrêtai d'abord l'hémorragie artérielle; ce fut assez difficile, car l'artère sectionnée s'était rétractée entre les deux feuilletts de l'épiploon gastro-hépatique, qui était déchiré à son insertion sur la petite courbure. Je parvins cependant à pincer le vaisseau, que je liai avec un catgut n° 1. Je fis alors une suture de la muqueuse seule, par quatre points de catgut fin, qui arrêterent tout écoulement sanguin. J'appliquai ensuite six points de Lembert avec de la soie fine; le point le plus élevé de cette série fermait la déchirure de l'épiploon gastro-hépatique.

Je nettoyai rapidement le péritoine, qui d'ailleurs ne contenait que du sang; puis, m'étant assuré que l'arrière-cavité des épiploons ne renfermait ni sang liquide ni caillots, je réintérai l'estomac dans la cavité abdominale, sans me livrer à de plus longues investigations et sans chercher à voir la perforation, qui devait exister sur le diaphragme. L'état de l'opérée était inquiétant et ne permettait pas de prolonger l'opération.

La paroi abdominale fut suturée au crin de Florence. Pansement au salol. L'opération avait duré, en tout, une heure.

Pendant le pansement, la malade eut un vomissement muqueux contenant un peu de sang.

La faiblesse était grande, le pouls à peine perceptible aux radiales; aussi fit-on, avant de reporter la malade dans son lit, trois injections d'éther.

Deux nouvelles injections furent pratiquées pendant la nuit.

La malade se remit peu à peu; le 19 juin, au matin, la température était de 39°. Pas de vomissements, douleurs très modérées. Le soir, le thermomètre ne marqua plus que 37°,6.

Le 20, l'état général était satisfaisant, mais le thermomètre marqua encore 39°,5 le matin. Le soir, la température avait baissé d'un degré, 38°,4. Elle se maintint à 38° pendant trois jours et redevint normale à partir du 23 juin.

Diète sévère : à peine un peu de lait glacé pendant six jours; puis deux jaunes d'œuf délayés dans du lait jusqu'au douzième jour. Alimentation normale le quinzième jour.

Le premier pansement, pour enlever les fils, fut fait le 30 juin : la réunion des deux incisions était parfaite, l'orifice d'entrée du projectile n'était plus représenté que par une petite plaie superficielle.

Le 5 juillet, à l'occasion d'un mouvement brusque, l'opérée ressentit une vive douleur au creux épigastrique. Cette douleur persista pendant un jour, puis tout rentra dans l'ordre.

Le 9 juillet, la malade se leva, et le 23 août, complètement rétablie depuis plusieurs semaines, elle fut envoyée au Vésinet. J'ai eu de ses nouvelles le 12 octobre; elle allait bien.

Je n'ajouterai pas de longs commentaires au récit de cette opération. Je ferai seulement remarquer que, traitée par l'abstention, la blessée était vouée à une mort rapide, par hémorrhagie. Il est certain, d'autre part, que la plaie large et béante qui siégeait sur la petite courbure n'avait aucune chance de guérir spontanément sans effusion de matières septiques dans le péritoine. J'ai eu la bonne fortune d'être appelé à opérer très peu de temps après la blessure, et grâce à l'excellente organisation du service de M. Berger, l'opération a pu être pratiquée *sur-le-champ*, et dans de bonnes conditions.

C'est, en France, le premier cas de guérison d'une plaie, par arme à feu, de l'estomac, traitée par la laparotomie.

Discussion.

M. RECLUS. Cette observation est très importante. Je ferai remarquer qu'il s'agit ici d'une ligature d'artère dans le ventre ; or, en pareil cas, il y a urgence, il faut opérer. M. Jalaguier n'a pas eu à dévider et à malaxer la masse intestinale pour l'examiner. Il me semble que c'est à cela qu'est dû son beau succès. Quand on recherche longuement l'état de l'intestin, le danger est grand, comme le montrent les observations. Heureusement il s'agissait ici d'une plaie de l'estomac, et cette recherche laborieuse a été inutile.

M. CHAMPIONNIÈRE. M. Reclus a naguère dit ici même qu'il fallait se garder d'opérer dans des plaies de l'estomac. Et maintenant il nous dit que c'est parce que l'estomac était seul lésé qu'on a réussi. Je relève cette contradiction. M. Jalaguier a fait une incision exploratrice, et n'a pas été guidé sur l'hémorrhagie qu'il ne prévoyait pas avant d'ouvrir le ventre. Toute laparotomie pour plaie pénétrante de l'abdomen est d'abord exploratrice.

M. RECLUS. Je crois que l'indication d'intervenir existait ici nettement, par suite de la constatation du tympanisme, qui prouvait qu'il y avait perforation non oblitérée. S'il n'y a pas un symptôme de ce genre indiquant l'effusion des matières ou l'hémorrhagie il faut s'abstenir.

M. KIRMISSON. J'ai été, moi aussi, frappé de la contradiction évidente entre l'opinion exprimée par M. Reclus aujourd'hui et celle qu'il a formulée précédemment. Les signes d'hémorrhagie dans le ventre n'ont rien qui les distingue du shock ; on ne peut être fixé que par la laparotomie. Qu'on ne dise pas que celle-ci n'a que peu de chances de succès dans les plaies intestinales.

Je rappellerai les faits si curieux de Bull, où l'on a suturé 6 et 7 perforations, et réussi. Donc, quoique l'exploration de l'intestin

soit assurément grave, elle n'est pas mortelle et ne doit pas empêcher d'intervenir. L'expectation est bien plus dangereuse.

Le fait de M. Jalaguiet nous engage de nouveau à l'intervention aseptique immédiate dans les plaies pénétrantes de l'abdomen.

Toutes ces distinctions et réserves ne lui retireront pas cette signification.

M. QUÉNU. Tout signe pathognomonique de perforation de l'estomac peut faire défaut : tympanisme, vomissements, hématomène. J'ai eu à traiter une malade qui n'avait aucun de ces symptômes et qui est morte. J'ai fort regretté de n'être pas intervenu pour suturer la plaie stomacale.

M. RECLUS. Je réponds simplement à M. Kirmisson que l'on peut très bien savoir souvent s'il y a hémorragie ou non. On a parlé du *shock*. Mac-Cormac, avec sa grande expérience, nie le *shock* ; c'est l'hémorragie qui en donne les prétendus symptômes.

Quand on n'opère pas, c'est quand il n'y a aucune espèce de signe, et si M. Quénu a pu regretter de n'avoir pas laparotomisé sa malade, d'autres qui ont pratiqué l'ouverture du ventre peuvent, vu leur insuccès, se demander si leur malade n'est pas mort de la laparotomie.

M. QUÉNU. La laparotomie aseptique n'aggrave pas l'état du malade : l'abstention laisse le champ libre à tous les accidents.

M. JALAGUIET. Je ne suis intervenu que sur le seul signe de perforation du tube digestif indiqué par le tympanisme.

Présentation de malade

M. TRUFFIER présente un malade sur lequel il a oblitéré une fistule rénale par un nouveau procédé. (M. Brun, rapporteur.)

Présentation de pièce.

M. TRÉLAT présente un anévrysme poplité qu'il a extirpé récemment.

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire annuel,

S. Pozzi.

Séance du 27 novembre 1889.

Présidence de M. LE DENTU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Rupture du tendon du triceps ; incision et suture sans drainage ; guérison*, par le D^r CHAPUT (M. Richelot, rapporteur) ;

3° *Taille hypogastrique pour calcul vésical ; panniculite suppurée*, par le D^r MOULINGUET (d'Amiens) (M. Jalaguier, rapporteur) ;

4° *Note sur un kyste de la capsule du rein gauche ; néphrectomie*, par le D^r PATOUREAU (de Nantes) (M. Monod, rapporteur) ;

5° *De la trépanation du bassin comme traitement de la psôte*, par le D^r R. CONDAMIN (de Lyon) et par le D^r GANGOLPHE, chirurgien-major désigné de l'hôtel-Dieu de Lyon ;

6° *Laparo-hystéropexie contre le prolapsus utérin*, par le D^r DUMORET ;

7° *Des lipomes transformés ou dégénérés*, par le D^r LARDIER (de Rambervilliers).

A propos du procès-verbal.

Sur le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen par la laparotomie.

M. PAUL BERGER. Dans la dernière séance, vous avez entendu la relation du premier fait d'intervention heureuse par laparotomie pour une plaie pénétrante par balle de revolver qui vous ait été communiqué depuis trois ans que cette question est à l'ordre du jour. Et cependant un certain nombre de nos collègues viennent,

comme je l'ai fait et comme je le fais encore, vous tenir au courant de tous les cas nouveaux qui se présentent dans leur pratique; c'est pour me conformer à cette règle que je me suis tracée et qu'il serait désirable que tout le monde suivit, car alors seulement nous saurions à quoi nous en tenir sur les résultats de l'intervention chirurgicale en de semblables circonstances, c'est, dis-je, pour me conformer à cette règle que je viens encore vous communiquer le fait suivant, qui s'est passé dans mon service presque au moment où M. Jalaguier y pratiquait l'heureuse opération qu'il vous a rapportée :

Le 16 juin, à 11 heures du matin, on apportait dans mon service un homme d'âge mûr, corpulent, qui, dans une rixe, venait de recevoir une balle de revolver dans le ventre. La plaie siégeait à droite et à la hauteur de l'ombilic; le coup semblait avoir porté d'avant en arrière et légèrement de gauche à droite. Quoique l'accident fût arrivé à neuf heures et demie du matin et qu'une heure et demie se fût à peine écoulée, le blessé était dans un état grave; les extrémités étaient froides, le pouls était petit et fréquent; le malade présentait du hoquet et offrait tous les signes d'une angoisse extrême; le ventre était tendu et douloureux. Malgré les conditions très défavorables dans lesquelles se trouvait ce blessé, en présence d'accidents qui ne laissaient d'autre alternative que l'opération ou l'imminence d'une fin très rapide, je me résolus à intervenir. Ma salle d'opérations était toute prête; j'y fis porter le blessé, et dès qu'il fut endormi, je lui ouvris le ventre. Après avoir écarté l'épiploon, qui était traversé, je trouvai un énorme épanchement sanguin, couleur lie de vin, qui pouvait être évalué à plus d'un litre, et qui remplissait la partie inférieure de l'abdomen, surtout à droite. Cet épanchement sanguin était fétide, mais il n'était mélangé ni à des gaz, ni à des matières intestinales visibles. Je sortis de suite l'intestin grêle, et je découvris sur sa partie terminale quatre petites perforations complètes que je suturai, suivant les règles, avec des points très rapprochés de suture de Lembert au catgut très fin, en y joignant, quand la plaie était très petite, une autre suture en bourse. Trois autres plaies non pénétrantes, n'intéressant que la séreuse et la musculieuse, mais ne donnant pas de sang, furent découvertes et suturées de même; quelques vaisseaux du mésentère qui donnaient furent liés. L'intestin, qui avait été maintenu dans des compresses aseptiques chaudes, fut nettoyé, lavé et réintégré dans le ventre, que j'avais débarrassé de tous les caillots et du liquide qu'il renfermait par une irrigation à la solution borique tiède.

Le gros intestin et ce que je pus voir de l'estomac paraissaient sains: je ne pus trouver le projectile ni son orifice de sortie. Suture de l'abdomen au fil d'argent et drainage de la partie inférieure de la plaie abdominale. Pansement au salol.

L'opération, jusqu'à la suture de l'abdomen, ne prit pas plus de trois quarts d'heure; jamais je n'en vis de plus rapide; toutes les pré-

cautions de rigueur avaient été scrupuleusement observées. Néanmoins l'opéré succombait à 6 heures du soir. L'autopsie dut être faite à la Morgue.

L'année dernière et cette année même, je vous ai déjà cité plusieurs faits de ma pratique où la terminaison a été la même : les seuls que j'ai vu guérir sont deux cas où je ne suis pas intervenu : dans l'un, il y avait une blessure manifeste de l'intestin, mais peut-être du gros intestin (cæcum) ; dans l'autre, il y avait eu pénétration dans l'estomac. Je n'ai jamais sauvé par mon intervention de malade atteint de plaie de l'intestin grêle par balle de revolver ; la seule fois que j'aie pu pratiquer une opération heureuse, c'était pour un cas de plaie par coup de couteau du gros intestin (côlon transverse).

Quand on se reporte aux faits publiés, tout au moins à Paris, on voit que les observations de laparotomie suivies de succès sont des cas d'exception, où une condition tout particulièrement favorable de la plaie a permis au chirurgien d'intervenir utilement : tel est le fait de M. Jalaguier, qui a trouvé une plaie de l'estomac, et même de l'extrémité cardiaque de l'estomac, c'est-à-dire une plaie dont la situation rendait moins faciles l'issue et l'épanchement des matières contenues dans l'estomac ; il a pu découvrir, comme source des accidents, une lésion artérielle, source de l'hémorrhagie, et y porter un fil, comme il l'eût fait pour une plaie d'une artère superficielle.

Si je reste partisan de la laparotomie dans tous les cas de plaies pénétrantes de l'abdomen accompagnées d'accidents, c'est que l'intervention est le seul moyen que nous ayons de découvrir les cas favorables dans lesquels l'action chirurgicale peut tirer d'affaire un blessé voué, sans elle, à une mort certaine. Quant aux plaies pénétrantes classiques de l'abdomen par balles de revolver dans lesquelles il existe des perforations multiples de l'intestin grêle, nous arriverons peut-être à en guérir quelques-unes par l'opération ; celle-ci me paraît d'autant plus indiquée que les malades qui les présentent sont presque fatalement perdus s'il existe des accidents et si l'on n'intervient pas. Mais, je le répète, ni mes collègues ni moi n'avons encore eu le bonheur d'obtenir un succès par l'opération dans les cas de ce genre.

Discussion.

M. LE FORT. Il y a une grande différence entre les plaies de l'estomac et celles de l'intestin.

J'ai publié l'observation d'un boucher qui s'était fait une plaie de

l'estomac en jouant avec un couteau : des matières étaient sorties par la plaie. J'ai fait faire une thèse sur ce sujet.

La grande majorité des guérisons publiées de plaie du tube digestif portaient sur l'estomac.

M. SÉE. M. Berger est intervenu très vite ; mais le malade était en voie de refroidissement, de collapsus. Il aurait peut-être mieux valu attendre que le malade fût entré dans une période de réaction. L'insuccès était fatal.

M. BERGER. Il est certain que, si j'avais attendu, mon malade ne s'en serait pas plus mal trouvé. Mais je crois qu'il est toujours indiqué, en pareil cas, d'opérer le plus vite possible. C'est l'intérêt du malade, sinon de la statistique opératoire.

Communication.

Prolapsus du rectum. Excision du prolapsus.

Par M. NÉLATON.

J'ai l'honneur de communiquer à la Société de chirurgie deux observations qui m'ont paru intéressantes, parce qu'elles permettent d'apprécier la valeur de la méthode thérapeutique qui consiste à exciser le prolapsus. Les faits que je vous apporte montrent que les résultats de cette opération, brillants tout d'abord, ne sont pas toujours de longue durée, et ma seconde observation permet, en outre, de comprendre la raison des récidives fréquentes. Voici ces observations :

Obs. I. — Alexandrine G..., 44 ans, entre, le 3 octobre 1887, salle Sainte-Marthe, n° 20, à Lariboisière.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires. Bonne santé habituelle. Réglée à 13 ans. Notre femme a eu cinq grossesses, la première à l'âge de 21 ans, la dernière à 31 ans. Jamais d'accidents avant ou après les couches. Elle se levait habituellement le dixième jour. Depuis quelques années déjà, la malade a remarqué que ses selles sont liquides et fréquentes (2 ou 3 par jour). Dans le courant des deux dernières années, une diarrhée presque continuelle s'est établie. Les selles sont liquides, verdâtres ou aqueuses, parfois glaireuses ou sanguinolentes. Au moment de la défécation, la malade éprouve des épreintes rectales.

Depuis dix-huit mois environ, la muqueuse rectale a commencé à faire saillie à l'anus. En 1886, la portion prolapsée mesurait déjà 8 à 10 centimètres. Ce prolapsus s'accompagnait de besoins fréquents

d'aller à la selle, de douleurs, de cuissons à l'anus, de légères hémorrhagies et d'un suintement constant. Parfois il y avait de légers phénomènes d'étranglement de la portion prolabée (tuméfaction, douleurs vives) cessant au bout de quelques jours de repos.

La malade resta, en 1886, pendant six mois dans le service de M. Duplay, qui fit avec le thermocautère quelques cautérisations de la marge sans résultat durable. Depuis sa sortie du service de M. Duplay, le prolapsus existe constamment, s'accompagnant d'un écoulement glaireux, sanieux, parfois sanglant. La diarrhée est persistante; depuis quelques mois, la malade accuse des douleurs lombaires.

Etat actuel. — Orifice anal large à laisser passer les doigts réunis en cône, souple sans résistance. Peau voisine érythémateuse. Ulcération peu profonde sur la peau de la partie postérieure de la région anale.

Lorsque le prolapsus est réduit et que la malade est dans le décubitus latéral, on aperçoit, à travers l'orifice anal, une saillie rouge de la grosseur d'une amande formée par la muqueuse. Dès que la malade se met debout, la saillie prend le volume d'un œuf.

Si la malade fait un effort ou va à la garde-robe, il sort une tumeur légèrement conique de direction un peu oblique en avant. Un très léger sillon sépare la base de cette tumeur prolabée de la circonférence anale; mais ce sillon disparaît dans les efforts violents. *La longueur de la partie prolabée est de 10 centimètres.* Elle est rouge violacé, recouverte de mucosités facilement saignantes; elle présente des plis muqueux transversaux; son sommet est un orifice par lequel le doigt pénètre dans le rectum. Cet orifice regarde en avant.

L'utérus est très abaissé, et les parois vaginales ont également tendance à faire saillie à la vulve pendant l'effort.

Le 8 octobre 1887, je fis l'opération suivante, dont le plan m'avait été suggéré par mon ami Segond quelque temps auparavant :

Sur la ligne médiane de la paroi antérieure du cylindre prolabé, je plaçai deux pinces à hystérectomie vaginale; entre ces deux pinces, je fis avec les ciseaux une incision verticale remontant jusqu'à la marge de l'anus; puis, ayant placé deux nouvelles pinces sur la paroi postérieure, je fis de même sur la ligne médiane de celle-ci une incision verticale. J'avais alors deux lambeaux latéraux. J'excisai avec les ciseaux ces lambeaux latéraux centimètre par centimètre, plaçant au fur et à mesure un point de suture qui reliait la peau de la marge de l'anus à la muqueuse rectale sectionnée. Lorsque l'excision des deux lambeaux fut terminée, j'avais un cercle de points de suture unissant la muqueuse intestinale et la peau.

Les suites de l'opération furent très simples : au bout de trois semaines, la plaie était cicatrisée, la malade n'avait plus de prolapsus et allait facilement à la garde-robe.

M. Périer reprit à ce moment son service, vit le résultat obtenu et en fut satisfait; mais il m'engagea à voir s'il serait durable. Je revis la malade trois mois plus tard; le résultat obtenu était conservé. Mais, un an après l'opération, je constatai que le prolapsus, qui avait com-

mencé à se rencontrer six mois après l'intervention, mesurait 6 centimètres.

Cette première observation nous montre donc comment un résultat, très bon en apparence pendant les premiers mois, peut n'être qu'un leurre.

L'observation suivante me paraît plus intéressante, parce qu'elle nous permet de comprendre les causes de la récidive à la suite d'une semblable intervention.

Obs. II. — Courcial (Anna), 53 ans, entrée, le 2 juin 1888, salle Gosselin, n° 13.

Femme réglée à 12 ans. Huit accouchements et une fausse couche. Ce dernier avortement a eu lieu il y a seize ans. Ménopause en 1883. Peu de temps après, début du prolapsus rectal.

A son entrée à l'hôpital, on constate un prolapsus de 12 centimètres de hauteur, ayant une circonférence de 26 centimètres. Muqueuse rouge, épaissie, etc. Relâchement énorme du sphincter. Le prolapsus se produit non seulement pendant les garde-robes, mais pendant la marche, au moindre effort. Aucun bandage ne peut le maintenir, et la malade se plaint depuis quelques mois de tiraillements, de douleurs hypogastriques, de coliques.

M. Périer, dans le service duquel était la malade et qui avait vu le résultat immédiat de mon opérée n° 1, décida de faire la même opération que moi.

Le 25 juillet 1888, je faisais le remplacement de M. Périer, lorsqu'on m'amena, à la fin de la visite, cette même femme; elle était dans un état lamentable.

Dans la matinée, elle avait fait un effort, avait senti une déchirure se produire au niveau du périnée, et une anse intestinale avait fait irruption par cette déchirure. En arrivant auprès d'elle, je découvris, pendant entre ses cuisses, une anse intestinale longue de 25 centimètres. Cette anse intestinale sortait en arrière de l'orifice anal resté libre par une déchirure de la cicatrice obtenue par M. Périer. Cette anse intestinale se présentait par sa surface séreuse; elle appartenait au gros intestin, ainsi que le révélaient les appendices épiploïques nombreux qui la recouvraient; elle était rouge, poisseuse, recouverte de mucosités et de matières fécales. En introduisant le doigt dans l'anus et en le recourbant en arrière, on pénétrait dans l'anse intestinale qui faisait saillie à l'extérieur; c'était donc la portion terminale du gros intestin qui avait déchiré la cicatrice postérieure que l'on avait sous les yeux. Le même doigt introduit dans l'anus, lorsqu'il était dirigé en avant, constatait une perforation de la paroi antérieure de l'intestin située à 3 centimètres de la marge. Cette perforation permettait au doigt de passer du rectum dans le péritoine. Cette constatation me conduisit à admettre que les choses s'étaient passées de la façon suivante : sous l'influence de l'effort, la portion terminale du gros intestin *mobile*

avait rompu la réunion faite par M. Périer et s'était précipitée à l'extérieur, retenue en avant. La paroi antérieure n'avait pu supporter la traction, trop forte pour elle, et s'était rompue.

En présence de ces lésions, je ne pouvais songer à réintégrer dans la cavité péritonéale la portion d'intestin sale et enflammée que j'avais dans les mains, d'autant mieux qu'en faisant cela, j'aurais laissé une perforation intestinale communiquer avec le péritoine. Je sectionnai donc l'anse intestinale émergeante au niveau de la déchirure péritonéale; je suturai le bout supérieur correspondant au gros intestin à la peau, et je fermai par adossement de ses deux surfaces séreuses le bout inférieur correspondant à l'infundibulum anal, si bien que l'opération terminée me donna un périnée présentant deux orifices disposés en canon de fusil double : l'un, antérieur, correspondant à l'anus naturel que je venais de fermer, et qui ne devait plus servir; l'autre, postérieur, représentant l'abouchement du gros intestin à la peau ainsi devenu l'anus utile. Après plusieurs jours de fièvre et d'accidents légers, la malade se rétablit bien. Trois semaines après l'opération, la cicatrisation était faite, il n'y avait point de prolapsus, et la malade allait facilement à la garde-robe.

J'ai revu cette malade il y a quelques jours; le prolapsus ne s'est point reproduit; elle travaille, fait son ménage et n'éprouve plus aucun accident. J'ai remarqué cependant qu'il existait une tendance au rétrécissement de l'orifice anal que j'ai créé.

Cette seconde observation me fait penser que la cause habituelle des récidives du prolapsus, lorsqu'on se borne à exciser la portion de l'intestin prolabée, est la présence au-dessus d'elle d'une très longue portion d'intestin mobile et flottante (25 centimètres dans notre cas). Cette portion d'intestin mobile est toute prête à s'invaginer et à reproduire le prolapsus à mesure qu'il est excisé; c'est là pour nous la cause du peu de stabilité des résultats. Pour obtenir une guérison durable, il faudrait ne pas se borner à enlever le prolapsus, mais bien, comme nous avons été amené à le faire accidentellement, ouvrir le péritoine, attirer la totalité de l'intestin mobile, l'exciser et suturer à la peau de la marge de l'anus l'extrémité supérieure de cette anse intestinale réséquée, qui, elle, alors ne présente plus de mobilité. Mais on conçoit qu'une semblable intervention présente une gravité beaucoup plus grande, et, dans ces conditions, la pratique proposée par M. Jeannel et adoptée par M. Verneuil, la fixation sur un point relativement élevé de l'abdomen de l'intestin mobile, doit être prise en sérieuse considération.

Discussion.

M. VERNEUIL. Les formes graves de prolapsus rectal n'ont jamais été l'objet d'une discussion à la Société. Mikulicz a essayé de

réhabiliter l'excision (ce mémoire est dans le 1^{er} fascicule des *Archives de Langenbeck* de 1888). Malheureusement, les observations n'ont pas été suivies assez longtemps, et, en outre, il y a des cas d'invagination.

J'ai étudié aussi les opérations qui consistent à fixer l'intestin dans le ventre.

On a en même temps cherché à rétrécir l'anus pour soutenir par en bas l'intestin. Cela ne suffit pas si l'on s'en tient là. J'avais cherché, pour ma part, la rectopexie inférieure; j'ai deux cas, l'un de succès médiocre, l'autre d'insuccès.

La seconde observation de M. Nélaton montre la nécessité de fixer l'intestin supérieurement, comme M. Jeannel et moi le soutenons. Nous proposons de remonter tout ce qui est sorti par la colopexie. Je reviendrai sur ce sujet dans la prochaine séance.

M. SEGOND. J'ai admiré dans le service de M. Verneuil le malade traité par la colopexie. Jusqu'ici, toutefois, mes observations m'avaient fait pencher pour l'ablation. J'ai vu un garçon de 19 ans qui avait été traité pour un prolapsus de la longueur de la main; à la partie terminale se trouvait un rétrécissement qui pouvait expliquer sa permanence. J'ai fait l'extirpation en l'incisant de manière à former une valve antérieure et une postérieure, après application de pinces, et j'ai sectionné à un centimètre au-dessus de l'anus et réuni en collerette à l'orifice anal. J'ai obtenu une guérison rapide et complète. Le malade n'étant pas revenu depuis six mois, je pense qu'il n'y a pas eu de récédive.

M. ROUTIER. J'ai traité une chute du rectum congénitale et induite chez une jeune fille. Après la réduction, le moindre effort ramenait le prolapsus. Je me suis contenté de faire des cautérisations linéaires suivant l'axe de l'intestin, au thermocautère. Je les répétais une douzaine de fois en deux mois; je fis faire aussi des douches froides. Ces moyens simples m'ont donné la guérison.

M. LE DENTU. J'ai opéré deux malades par le même procédé, et j'ai eu de grandes améliorations; mais, dans les cas très accentués, je crois ce procédé insuffisant. Dans un de mes cas, j'avais même attiré l'intestin fortement au dehors; je m'étais servi du galvano-cautère.

J'ai opéré avec des clamps caustiques l'extirpation du rectum prolabé, dans un cas; je n'ai pu avoir la suite de l'observation.

Élection

Pour une commission pour l'examen des titres des candidats:

1° Au titre de correspondant national.

Ont été nommés : MM. Berger, Jalaguier, Polaillon, Delens.

2° Au titre de correspondants étrangers.

Ont été nommés : MM. Le Fort, Terrier, Pozzi, Kirmisson.

Présentation de malade.

M. CHAPUT présente un malade qui a été atteint de rupture sous-cutanée du triceps fémoral. Incision; suture; guérison.

La Société se forme en comité secret pour l'examen des titres des candidats à la place de membre titulaire.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

S. Pozzi.

Séance du 4 décembre 1889.

Présidence de M. DENTU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Ueber die Aetiologie und die Diagnose der bosartigen Geschwülste, etc.* ; par FRANCIS ESMARCH ;

3° *On gunshot wounds of the abdomen, with especial reference*

to wounds of the intestines. — On some modifications in the technique of abdominal Surgery, par LEWIS STIMSON, correspondant étranger ;

4° *Tumeur volumineuse de la région fessière droite ; hernie de l'ovaire ; opération* ; par le D^r CHÉNIEUX (de Limoges) (Commissaire : M. Routier) ;

5° *Plaie de l'abdomen par balle de revolver ; abstention ; guérison*, par le D^r LAGRANGE (de Bordeaux) (Commissaire : M. Reclus) ;

Élection d'un membre titulaire.

M. GÉRARD-MARCHAND est nommé membre titulaire de la Société.

A propos du procès-verbal.

Sur l'hystéropexie.

M. Pozzi communique une lettre qu'il vient de recevoir de M. Roux, chirurgien de l'hôpital cantonal de Lausanne, à propos de l'hystéropexie sans laparotomie.

Je vois avec plaisir que vous avez mis en garde les chirurgiens contre le procédé d'hystéropexie extrapéritonéale.

Ayant à faire l'opération il y a quelques semaines, je fus tenté de passer directement les fils à travers la peau dans l'utérus, tant le fond de la matrice se laissait facilement saisir et fixer entre les doigts, sous des parois abdominales maigres et flasques : il semblait qu'on eût à peine l'épaisseur ordinaire de la peau seule entre l'épiderme et l'utérus : l'interposition d'anses intestinales paraissait une impossibilité. Au dernier moment, j'eus cependant un scrupule, et, tenant fixé le fundus, j'incisai les parois jusqu'au péritoine non compris ; je palpai de nouveau et ne sentis pas d'anse. Mais au lieu de passer cette fois l'aiguille, je pensai à la possibilité de l'engagement d'une anse grêle entre l'utérus et la symphyse, et j'incisai le péritoine. Quel ne fut mon étonnement en voyant directement entre le fundus et la plaie une anse grêle, aplatie, mince, immobile, que j'avais risqué par deux fois de traverser :

J'ai été corrigé une fois pour toutes, comme bien vous le pensez : et pourtant je me croyais capable de palper aussi bien que la moyenne des chirurgiens. Il est très probable que cette anse fuyait le doigt et que, pendant la pression sur le fond utérin, elle n'était réellement pas entre deux ; mais l'aiguille l'aurait certainement atteinte.

J'ai pensé que la démonstration du danger signalé par vous serait de nature à vous intéresser.

Discussion sur le prolapsus du rectum.

M. VERNEUIL. — J'ai imaginé un procédé qui, loin d'être en opposition avec la colopexie de M. Jeannel, pourrait la remplacer si elle était impraticable ou si elle avait échoué, et en tout cas lui servir de complément, si l'échec des moyens de douceur laissant persister les lésions ano-rectales, on jugeait nécessaire d'opposer à ces dernières une action chirurgicale directe.

Je ne vous raconterai pas en détail l'histoire de mes malades dont les observations seront publiées plus tard *in extenso*. Je me contenterai de vous dire que tous deux étaient jeunes, que chez l'un et l'autre le mal était ancien, que les tumeurs rectales étaient très volumineuses, réductibles à la vérité, mais s'échappant au moindre effort et même par leur propre poids dans la station verticale, ce qui causait une gêne extrême et rendait presque impossible tout travail et jusqu'à la marche un peu prolongée. J'ajouterai que divers moyens, douches froides, injections sous-cutanées d'ergotine, faradisation, avaient été employés en vain, y compris une application de pointes de feu introduites profondément dans l'épaisseur même du sphincter, pour déterminer son rétrécissement, et que l'insuccès complet de toutes ces tentatives m'avaient montré la nécessité de recourir à la médecine opératoire.

C'est alors que, passant en revue les divers procédés connus, j'avais remarqué que (à l'exception de l'extirpation totale qui forme une classe à part) ils arrivaient pour la plupart à rétrécir l'anus élargi et le rectum dilaté en excisant en arrière un segment plus ou moins étendu de l'un et de l'autre, mais laissaient presque complètement de côté l'indication si importante qui consiste à rétablir les moyens de fixité ou liens suspenseurs du rectum. Sans doute, par la réunion des bords de la plaie résultant de la résection ano-rectale, l'intestin retrouvait une attache en arrière et sur la ligne médiane, mais cette attache étant linéaire et longue de 4 à 6 centimètres, suivant l'étendue de la suture, n'était guère en état de résister longtemps ni capable de retenir dans le petit bassin la masse flottante du rectum et du colon.

C'est pourquoi je songeai non seulement à rétrécir l'orifice anal comme l'avaient fait Robert, Lange, Duret, etc., mais aussi à créer entre la face postérieure du rectum et la paroi correspondante du bassin des adhérences larges, solides et remontant surtout aussi haut que possible.

Je conçus dans ce but l'opération suivante, que je pratiquai chez deux malades.

Le sujet est placé dans la position de la taille, les cuisses forte-

ment fléchies sur le ventre afin que, le bassin étant élevé, toute la région ano-coccygienne soit bien découverte.

Alors, le prolapsus étant réduit, on porte deux doigts de la main gauche dans l'orifice anal, qui d'ordinaire a pris la forme d'une fente antéro-postérieure médiane, longue de 3 à 4 centimètres ; ayant ainsi reconnu son degré réel de dilatation, on détermine les dimensions qu'on veut lui laisser ou, en d'autres termes, le degré de rétrécissement qu'on devra lui faire subir, et suivant les cas on en retranche le tiers, la moitié, les trois cinquièmes postérieurs, ce qui constitue le premier temps de l'opération.

Pour effectuer cette excision, on pratique à droite et à gauche deux incisions perpendiculaires qui, partant de l'orifice anal, un peu en dehors de l'union de la peau avec la muqueuse, se prolongent assez en dehors pour dépasser la circonférence du sphincter sous-cutané, ce qui leur donne environ 4 à 5 centimètres de longueur, incisions qui comprennent la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et les fibres musculaires dans toute leur épaisseur.

De leurs extrémités externes partent à leur tour deux autres incisions qui viennent converger et se réunir à la pointe du coccyx, circonscrivant ainsi avec les deux premières un triangle isocèle à sommet libre répondant au coccyx et à base transversale échancrée au niveau de l'anus. Ce triangle, détaché de la pointe vers la base, qu'on laisse momentanément adhérer à la marge de l'anus, forme un lambeau qui comprend dans son épaisseur la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et les fibres du sphincter externe, mais respecte complètement la paroi postérieure du rectum, facile à reconnaître à ses fibres longitudinales mises à nu par la dissection.

Quelques artérioles de peu d'importance sont liées, tordues ou forcipressées, et l'on passe au second temps, c'est-à-dire à la fixation de l'intestin.

Les bords de la plaie ano-coccygienne sont écartés avec des crochets mousses de façon que la paroi postérieure du rectum est exposée dans l'étendue de 5 à 6 centimètres transversalement et dans le sens vertical depuis l'anus jusqu'à la pointe du coccyx. C'est sur cette partie de l'intestin, comprenant au moins le tiers de sa circonférence, qu'on va placer les fils élévateurs et suspenseurs.

Voici comment on procède : à l'aide d'une aiguille courbe montée sur manche solide, — l'aiguille d'Emmel pour la périnéorrhaphie convient très bien, — on place de haut en bas, transversalement, parallèlement et à une distance moyenne de 15 millimètres quatre crins de Florence qui, introduits de droite à gauche, rampent dans l'épaisseur de la paroi du rectum sans pénétrer dans sa cavité.

Le plus élevé des fils est presque tangent à la pointe du coccyx, le plus bas reste à 15 millimètres de la marge de l'anus. La lon-

gueur de fil qui rampe dans l'épaisseur de la paroi rectale mesure cinq centimètres et plus s'il est possible.

Pour faire remonter l'intestin dans la cavité pelvienne, il suffit de prendre tous ces fils dans une main et de les tirer vers le sacrum de façon à en former quatre anses superposées et parallèles, à concavité tournée vers la pointe du coccyx. En introduisant alors l'index dans l'anus, on constate que la cavité du rectum est notablement rétrécie et que sa paroi postérieure est solidement immobilisée dans une étendue considérable.

Il s'agit alors de fixer ces anses flottantes. L'aiguille d'Enmet, ou tout autre instrument analogue monté sur un manche fixe, est plongée de dehors en dedans à droite, à 4 centimètres de la ligne médiane et au niveau de l'articulation sacro-coccygienne; elle glisse sous la peau et vient se montrer dans la plaie ano-coccygienne. On introduit alors dans son chas le chef droit du fil le plus élevé qu'on amène au dehors en retirant l'aiguille. On procède de la même façon à gauche pour dégager le second chef de fil supérieur, et ainsi se trouve constituée une anse fixe en forme d'U un peu ouvert, dont les branches, longues de 5 centimètres environ, sont susceptibles de se raccourcir, d'autant plus qu'en serrant davantage sur les chefs on fait remonter l'intestin.

Les anses inférieures sont placées de la même façon; pour les fixer définitivement, on réunit les chefs deux à deux, ou par paires; la première est fermée à droite par les chefs de deux fils supérieurs, lesquels sont solidement noués par un petit rouleau de gaze iodoformée; la seconde paire est constituée à gauche par les chefs restés libres des mêmes fils supérieurs; on tire fortement sur eux de façon à tendre et à raccourcir le plus possible les anses, puis on les noue également sur un petit rouleau de gaze. La troisième et la quatrième paire forment avec les deux fils inférieurs les deux autres anses, qu'on fixe comme les précédentes, c'est-à-dire à peu près comme dans la suture enchevillée ordinaire.

Ainsi se trouve exécuté le troisième temps.

Dans le quatrième temps, on excise le lambeau triangulaire formé par dissection dans la région ano-coccygienne et qui était resté adhérent par sa base; puis on ferme la large plaie résultant de l'ablation de ce lambeau; enfin on reconstitue l'orifice anal en le rétrécissant au degré nécessaire. En excisant le lambeau, on a soin de garder à sa base la zone cutanéomuqueuse pour conserver à la marge du nouvel anus sa composition ordinaire. Déjà la plaie ano-coccygienne est notablement rétrécie transversalement par la fixation des quatre anses qui soulèvent la paroi postérieure du rectum. Cependant ses bords sont encore écartés de 3 centimètres environ. On les réunit à l'aide de sutures transversale-

ment placées de haut en bas avec l'aiguille de Reverdin ou le chasse-fil. Toutefois, pour augmenter les chances de la fixation du rectum en arrière et pour obtenir en ce point une bride inodulaire constante, on place verticalement au fond de la plaie un gros drain dont une extrémité ressort au niveau de la pointe du coccyx, et l'autre tout près de la marge de l'anus, et en place la suture au dessus du drain. Celui-ci est destiné à créer un trajet suppurant qui naturellement se cicatrisera par seconde intention après la suppression du drain et sera remplacé par un cordon cicatriciel adhérent en avant à la paroi rectale, en arrière à la face profonde de la cicatrice cutanée, en haut à la pointe du coccyx.

Enfin on rétablit l'orifice anal à l'aide de quelques sutures transversales et verticales au crin de Florence ou à la soie phéniquée, sans pouvoir préciser exactement quelles dimensions on lui gardera, ce qui dépendra naturellement du degré de dilatation qu'il aura subi et de la paralysie plus ou moins complète du sphincter. Je crois qu'il suffit que le doigt indicateur y pénètre aisément et n'y soit serré. Si par crainte des inconvénients ultérieurs d'un rétrécissement, on laissait trop de largeur à l'orifice, on aurait chance, comme cela m'est arrivé une fois, de voir une reproduction partielle du prolapsus nécessiter une nouvelle excision de l'anus.

Dans un autre cas, j'avais péché par l'excès contraire, ce qui pendant quelque temps rendit la défécation difficile. Mais l'anus, d'abord très étroit, finit par s'agrandir peu à peu et suffisamment, et lorsque je perdis le malade de vue, après trois mois environ, le rectum n'avait aucune tendance à sortir.

Le pansement est des plus simples. Quelques pièces de gaze iodoformée sont appliquées sur la région ano-coccygienne et recouvertes d'un morceau d'ouate et de taffetas gommé, le tout soigneusement maintenu par un bandage en T. On ne se préoccupe ni de réaliser une asepsie rigoureuse ni de prévenir un certain degré d'inflammation inévitable sur le trajet du drain et des anses fixant l'intestin, et sur laquelle on compte d'ailleurs pour obtenir le plus d'adhérences possible.

M. DELENS. J'ai, dans deux cas, employé, pour le prolapsus, le traitement d'Allingham. Il consiste à badigeonner la tumeur avec l'acide nitrique fumant, puis à tamponner le rectum. J'ai guéri ainsi deux malades.

L'une était une femme de 32 ans, qui avait depuis dix ans un prolapsus considérable. La maladie a été suivie huit mois sans qu'il ait eu de récurrence. La seconde malade avait 74 ans; elle a guéri par une seule application, mais je n'ai pu la suivre plus de quelques mois. Je ne sais donc pas si le bon résultat a été durable.

M. SCHWARTZ. Je profite de l'occasion que m'offre la communication de M. Verneuil pour dire que le malade dont j'ai lu l'observation au Congrès de chirurgie a été revu ce matin; il reste guéri.

Je rappelle à ce point de vue que chez lui, après l'opération qui a consisté à faire des raies de feu sur le prolapsus, gros comme le poing, le sphincter est redevenu puissant et le reste d'une façon très manifeste. Chez lui, j'ai surtout agi sur le sphincter pelvien en refaisant un périnée en avant et en déplaçant de la sorte l'orifice anal vers l'arrière. Cette manière de faire m'a été suggérée par un cas que j'avais vu dans le service du professeur Albert, à Vienne.

Il s'agissait d'une femme qui avait un prolapsus à la suite de l'ablation d'un cancer ano-rectal; on déplaça l'orifice anal vers le coccyx, et la malade restait définitivement guérie. Chez mon opéré, le prolapsus sortait toujours en avant, et c'est en me basant sur ce fait que j'ai pensé rétrécir l'anus en avant, au lieu de le rétrécir en arrière comme on l'a presque toujours fait jusqu'ici.

M. PAUL SEGOND. Je désire compléter l'observation de l'opéré dont je vous ai parlé mercredi dernier et chez lequel j'ai pratiqué avec succès l'ablation d'un volumineux prolapsus rectal. Le malade était un homme de 32 ans, menuisier de son état. Son prolapsus datait de l'enfance, mais il n'avait commencé à souffrir qu'à l'âge de 16 ans. Il paraît qu'à cette époque les troubles mécaniques et douloureux résultant du prolapsus se compliquaient d'hémorragies provoquées par des hémorroïdes, et, au dire du patient, c'est à cette dernière lésion que se sont adressées les nombreuses opérations qu'il a subies de 20 à 26 ans. De quelle nature ont été ces interventions, presque toutes pratiquées avec le fer rouge ou le thermocautère? Je ne saurais le préciser. Le fait est que de 20 à 26 ans, notre homme a été opéré cinq fois par quatre chirurgiens différents, et que la dernière opération est la seule qui ait fait disparaître les hémorragies. Par contre, le prolapsus et tous ses inconvénients habituels se sont accrus, les selles sont devenues de plus en plus douloureuses et la réduction du prolapsus chaque jour plus laborieuse. Désespéré par son infirmité, le patient s'est décidé à réclamer une sixième fois le secours de la chirurgie, et il est entré à l'hôpital de la Charité dans le service de mon maître M. Trélat que je remplaçais à ce moment.

Comme je vous l'ai dit, ce prolapsus était volumineux, il mesurait 10 centimètres de hauteur, et présentait ceci de particulier qu'à l'extrémité inférieure de la masse prolabée, on constatait l'existence d'un rétrécissement cicatriciel circulaire dans lequel

l'index pénétrait à frottement. Il y a tout lieu de penser du reste que ce rétrécissement était la cause première du prolapsus. En tous cas, cette atrésie était pour ainsi dire la lésion primordiale; c'est contre elle qu'il fallait agir, et, par conséquent, l'ablation de la masse prolabée était bien le seul parti qui répondit à toutes les indications. Aussi pourrait-on dire que, dans ce fait, l'intervention a beaucoup moins le caractère d'une ablation de prolapsus que celui d'une résection intestinale dirigée contre un rétrécissement. Mais, dans l'espèce, la nuance importe peu, et si l'observation de mon opéré est sans grande portée au point de vue de la discussion des indications respectives de la colopexie et de la rectectomie, elle n'en reste pas moins un exemple net des excellents résultats que peut donner l'extirpation du rectum dans le traitement du prolapsus.

Je reviens en peu de mots sur le procédé opératoire auquel j'ai eu recours. Après avoir, par deux sections latérales, divisé le cylindre prolabé en deux valves, l'une antérieure et l'autre postérieure, j'ai réséqué celle-ci à un centimètre de l'anus en prenant les quelques précautions suivantes : L'hémostase provisoire étant assurée, par des pinces à longs mors parallèles, placées transversalement à la base des deux valves rectales et le long de leurs bords latéraux, j'ai pratiqué la section des deux valves par petits coups et au fur et à mesure que je plaçais les sutures intestinales. Grâce à la multiplicité de ces dernières, j'ai pu assurer aussi bien l'hémostase définitive que l'occlusion du cul-de-sac péritonéal inclus dans la valve rectale antérieure. La guérison s'est effectuée sans le moindre incident; j'ai enlevé les sutures le huitième jour, et l'opéré, dont M. Trélat a constaté lui-même le bon état, a quitté l'hôpital complètement débarrassé de son infirmité, retenant bien les matières, allant à la selle sans douleur et n'ayant plus trace de prolapsus. J'ai pratiqué cette opération le 19 août 1887, nous n'avons plus revu le malade, et comme il nous avait, de lui-même, promis de revenir à la moindre alerte, nous avons tout lieu de penser que la guérison s'est bien maintenue.

Je ne voudrais point exagérer la partie du fait unique dont je viens de donner la relation. Toutefois, le souvenir du beau résultat que j'ai si facilement obtenu, joint à la lecture des observations probantes qui ont été publiées par d'autres chirurgiens, m'a donné, je dois le dire, une grande confiance dans le traitement proposé par Mikulicz. Jusqu'à plus ample informé, je préfère de beaucoup les résultats certains qu'il donne aux promesses de la colopexie. Non pas que je conteste un seul instant la qualité du résultat obtenu par M. Verneuil chez la malade dont il vient de nous parler et qui me paraît un bon exemple à citer. Je trouve même que M. Ver-

neuil est trop sévère en jugeant l'état actuel de son opérée. En somme, j'ai pu le vérifier moi-même en examinant ce matin la malade, elle n'a plus qu'un prolapsus insignifiant, et si l'on songe aux dimensions excessives qu'il avait autrefois, on n'a vraiment qu'à se louer de la situation présente. Mais qu'il me soit permis d'observer que la colopexie n'est point ici seule en cause. Avant d'y recourir, M. Verneuil a pratiqué la rectopexie postérieure; de son côté, M. Ricord a réséqué une portion importante de la paroi rectale antérieure; tant et si bien qu'au point de vue du succès final, la part qui revient à la colopexie se trouve, on le conçoit, singulièrement amoindrie. Bref, l'observation de M. Verneuil, si remarquable qu'elle soit, n'est pas faite pour affirmer la supériorité de la colopexie. Pour ma part, elle ne m'a point convaincu et laisse intacte la préférence que je crois devoir accorder à l'ablation directe.

Pour bien formuler toute ma pensée sur cette question, je dirai qu'en traitant un prolapsus rectal par la colopexie, sans ablation préalable de la portion prolabée, on agit un peu comme si on voulait pratiquer l'hystéropexie abdominale d'un utérus en état d'allongement hypertrophique, sans prendre la précaution première de rendre à l'organe ses dimensions normales par une amputation conoïde. Je sais fort bien que cette comparaison est un peu forcée; mais il n'est pas moins vrai que, dans les deux cas, il y a dans l'organe que l'on veut fixer à la paroi abdominale *quelque chose en trop*, si je puis ainsi dire. Or, ce *quelque chose en trop* est impossible à négliger, et sa suppression est la condition *sine qua non* du succès final.

Sans doute, la portion de rectum qui fait saillie au dehors de l'anus dans le prolapsus est sans analogie avec un col utérin atteint d'allongement hypertrophique, mais on ne peut nier cependant que cette portion prolabée de rectum n'ait pour ainsi dire perdu droit de domicile dans l'abdomen et ne présente tout au moins une série d'altérations essentiellement défavorables au maintien de sa réduction. L'hypertrophie congestive de ses parois et surtout l'excessive laxité du tissu cellulaire qui l'entoure sont de ce nombre. La colopexie est-elle capable de remédier à cet état de choses? Je ne le crois pas, et, pour moi, la seule véritable indication consiste à supprimer la totalité du segment intestinal procédant.

Dans nombre de cas, cette ablation large du prolapsus, combinée ou non aux opérations réparatrices que peut exiger l'état de relâchement du sphincter, suffit à la guérison; plusieurs faits en témoignent dès maintenant. Par contre, il est à prévoir qu'en d'autres circonstances, le résultat restera fort imparfait. Il sera pour ainsi dire impossible d'atteindre un segment intestinal dont les con-

nexions périphériques n'aient point perdu toute cohésion, et la portion d'intestin suturée à l'anus aura toujours la tendance à se prolaber à son tour. La colopexie ne serait-elle pas justement une opération précieuse dans les cas de ce genre? Je suis, en principe, très disposé à le penser. Mais, qu'on le note bien, c'est uniquement à titre d'opération complémentaire qu'il faudrait alors la préconiser. En d'autres termes, elle aurait pour mission unique d'enrayer la tendance aux récidives en soutenant à distance et par en haut le segment intestinal suturé à l'anus après résection du prolapsus primitif.

M. ROUTIER. Je puis aujourd'hui donner des détails précis sur la malade dont j'ai dit quelques mots dans la dernière séance.

Voici son observation :

P. E..., âgée de 30 ans, a une chute complète du rectum depuis l'enfance ; une attaque de dysenterie, qui n'est très probablement que de l'entérite tuberculeuse, a beaucoup augmenté le mal en 1880.

Quoi qu'il en soit, la tumeur formée par l'intestin prolabé est grosse comme une tête de fœtus à terme, se réduit sans trop de difficulté, mais se reproduit au plus petit effort. La tumeur est plus rouge et plus douloureuse pendant les règles. Le 25 avril 1888, après anesthésie, je pratique avec le thermocautère six raies à feu parallèles à l'axe de l'intestin prolabé, entamant au moins toute l'épaisseur de la muqueuse, après quoi l'intestin est réduit.

Je fais des séances analogues : le 23 mai, six raies à feu ; le 9 juin, six raies à feu ; le 27 juin, huit raies à feu ; le 1^{er} juillet, quatre raies à feu ; le 19 juillet, quatre raies à feu.

Chaque fois, la tumeur sortait moins ; dans les deux dernières séances, mes raies à feu n'avaient plus que 6 à 7 centimètres de long et arrivaient sur l'anus. Les premières mesuraient 16 et 18 centimètres de long.

La malade sortit guérie avec recommandation de prendre des douches froides sur la région ano-périnéale.

Elle est partie en province, et je n'ai pu la revoir, mais sa mère est venue hier, 3 décembre 1889, me donner de ses nouvelles.

La guérison a été complète et parfaite jusqu'en octobre dernier, c'est-à-dire qu'elle a duré 15 mois.

Vers le milieu d'octobre, il y a eu une nouvelle poussée d'entérite, et l'intestin est retombé, moins, il est vrai, qu'avant mon intervention. La malade reviendra me voir ; alors je pourrai de nouveau vous en parler.

M. NÉALTON. Le malade de M. Segond n'est pas comparable aux miens. Dans celui de mon collègue, il s'agissait d'un prolapsus symptomatique d'un rétrécissement. Ces cas ne sont pas similaires.

M. VERNEUIL. La colopexie est destinée à remplacer l'excision, et je ne peux pas accepter l'assimilation faite par M. Segond avec l'allongement hypertrophique du col. Ce qui importe c'est que le mésocolon et le mésorectum aient repris leur place.

Le procédé prôné par M. Delens est un procédé qui pourrait exposer à une pelvi-cellulite ou une pelvi-péritonite.

Présentation d'instruments

Par M. le D^r CRÉQUY.

1° Une pelote de fils brouillés fixée par un fil plus fort et permettant d'extraire les corps étrangers de l'œsophage.

2° Une bougie olivaire armée d'un fil fixé sur l'olive permettant d'extraire les calculs de l'urèthre.

3° Un appareil à chloroformiser qui dose à chaque instant la quantité de chloroforme employé et assurant d'une manière certaine l'entrée dans les voies aériennes d'une grande quantité d'air mêlé aux vapeurs chloroformiques.

4° Une aiguille tubulée à main, légèrement recourbée, présentant une petite plaque à l'une de ses extrémités qui permet de la saisir entre les doigts avec des pinces à torsion, ou des pinces à forcipressure ¹.

Présentations de pièces.

1° *Anévrysme de la fémorale. — Extirpation du sac*

Par M. BAZY.

M. BAZY présente un anévrysme de la partie supérieure de la fémorale traité par l'excision entre deux ligatures ; l'ouverture du sac a permis de reconnaître et de lier la fémorale profonde qui continuait à donner du sang.

2° *Grossesse tubaire. — Laparotomie*

Par M. BOUILLY.

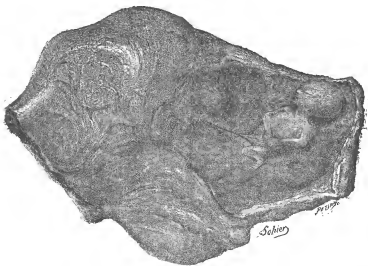
J'ai l'honneur de présenter à la Société une pièce de grossesse tubaire enlevée par la laparotomie.

¹ L'appareil à chloroformiser est fabriqué par MM. Aubry et Leplanquier. L'aiguille à main par M. Aubry.

La malade n'avait présenté aucun symptôme pouvant faire croire à une grossesse soit normale, soit extra-utérine ; son histoire res-



semblait tout à fait à celle des malades atteintes de la salpingo-ovarite, et j'ai pratiqué la laparotomie dans l'idée d'enlever une trompe volumineuse probablement suppurée.



La pièce actuelle représente un type parfait de grossesse tubaire ; la rupture de la poche n'ayant pas encore eu lieu au moment

de l'intervention, cette poche est parfaitement complète et close de toutes parts.

Elle est située à la face intérieure, à gauche de l'utérus, repoussant cet organe en avant vers la symphyse pubienne; la grossesse siège dans la trompe gauche. Celle-ci, dans son ensemble, représente le volume d'un petit poing; elle se dilate à environ 5 millimètres de la corne utérine en une poche qui augmente rapidement de volume en allant vers le pavillon, et dans son ensemble, elle a forme d'une cornemuse.

Les points de la trompe sont notablement épaissis et ne présentent en aucun point d'amincissement pouvant préparer une rupture spontanée. Elles sont remplies de caillots anciens, résistants, serrés les uns contre les autres et accumulés comme dans un vieux sac anévrysmal.

Au moment de l'ablation de cette poche, il s'est produit en un point une déchirure à la face antérieure de la trompe, dans son tiers externe: par cette déchirure s'est échappée une certaine quantité de caillots, et on aperçoit un petit embryon de 3 centimètres environ de longueur, d'environ deux mois à deux mois et demie de développement. Il présente un filament très appréciable partant de l'ombilic et représentant le cordon ombilical qui va se perdre plus loin dans la masse des caillots.

Cet embryon est situé dans le tiers externe de la trompe, et s'est par conséquent développé beaucoup plus près de la région du pavillon que de la région de la corne utérine.

La malade a été rapidement et complètement guérie.

Discussion.

M. TERRILLON. J'ai observé un cas analogue.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

S. Pozzi.

Séance du 11 décembre 1889.

Présidence de M. LE DENTU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

- 1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;
- 2° Une lettre de M. le D^r Lagrange, professeur agrégé de la faculté de Bordeaux, demandant à être inscrit sur la liste des candidats au titre de correspondant national;
- 3° *Physiologie de la trachée et des bronches*, par M. NICAISE;
- 4° *Arbeiten und Jahresbericht der ersten chirurgischen Universitäts-Klinik zu Wien* (1888), par le D^r E. ALBERT, membre associé étranger;
- 5° Une lettre de M. GÉRARD MARCHANT, remerciant la Société de l'avoir nommé membre titulaire dans la dernière séance.

Communication.*De l'hystéropexie vaginale*

Par M. L.-G. RICHELOT.

Messieurs, j'ai présenté à notre dernier Congrès de chirurgie la description d'une opération nouvelle, dont M. le D^r Nicoletis est l'auteur, que j'ai faite plusieurs fois et qui m'a bien réussi contre les déviations de l'utérus en arrière.

Notre dernière discussion à la Société de chirurgie sur l'opération d'Alexander (mars et avril 1889) a montré combien nos opinions diffèrent sur le traitement de ces maladies, combien, en d'autres termes, les cas sont variables et les difficultés nombreuses. Il n'est donc pas inutile de proposer un nouveau mode

d'intervention, qui paraît logiquement conçu, dont les résultats sont déjà positifs, et qui est aussi simple et aussi bénin, entre des mains soigneuses, que toutes les anaplasties vaginales aujourd'hui en l'honneur.

L'opération dont je parle s'adresse aux déviations mobiles et sans lésions importantes des annexes. Le traitement, par la laparotomie, des adhérences pelviennes et des salpingo-ovarites qui tiennent l'utérus en mauvaise position, est une question à part, qui a été fort bien distinguée par la Société de chirurgie.

Si l'utérus dévié est adhérent, mais sans lésions de voisinage qui obligent à l'ouverture du ventre, il ne faut rien attendre de l'opération nouvelle, non plus des pessaires ou des raccourcissements des ligaments ronds, si l'on n'a d'abord obtenu la résolution des adhérences. Or, dans quelle mesure peut-on l'obtenir? Ici viendrait la question délicate, et dans laquelle je ne veux pas entrer, de la mobilisation progressive, du massage, du « traitement manuel ». Je crois que de tous ces moyens bien infidèles et trop vantés, le meilleur est la grande irrigation d'eau chaude, pratiquée méthodiquement avec un bon appareil; encore faut-il que la périmétrite ne soit ni trop étendue ni trop invétérée.

En résumé, je suppose la déviation mobile ou d'abord mobilisée; je n'examine pas d'autres cas. Vous savez que si le traitement de la métrite concomitante par la dilatation, le curage, etc., donne souvent à lui seul de bons résultats, néanmoins l'attitude vicieuse provoque des symptômes par elle-même et n'est pas quantité négligeable; il nous faut donc un procédé de redressement, et l'opération n'est valable qu'à la condition de rendre à l'utérus une direction normale. Ainsi paraît faire celle que je viens vous décrire, afin d'éclaircir un peu ce que j'ai dit au Congrès de chirurgie et ce que les journaux ont reproduit en abrégé.

Je prends pour type un cas de rétroflexion. Comme il y a généralement une métrite plus ou moins prononcée, on peut l'améliorer d'abord par la dilatation, le curage, etc., et faire un peu plus tard l'opération de redressement. Chez toutes mes malades, j'ai fait le curage et le redressement dans la même séance, et je ne vois pas d'avantage à procéder plus lentement.

Donnez, avant l'opération, une irrigation chaude prolongée, afin d'anémier les tissus et d'être moins gêné par le sang. Opérez même, si vous voulez, sous l'irrigation continue. Ces petits perfectionnements n'ont pas grande importance, et je m'en passe volontiers.

L'opération commence par une amputation susvaginale : incision circulaire des culs-de-sac du vagin, décollement de la vessie, décollement du cul-de-sac de Douglas. Ce dernier temps n'est pas

très facile, et le péritoine peut s'ouvrir avant qu'on ait dégagé le segment inférieur jusqu'à l'angle de flexion. Si l'accroc se produisait, on en serait quitte pour mettre un ou deux points de suture.

Pendant le dégagement du col, on ouvre beaucoup de petites artères, et de chaque côté les branches de l'utérine peuvent saigner fortement. Il est permis, quand la première incision est faite, la vessie et l'uretère soulevés, d'accrocher l'utérine ou au moins ses branches avec une aiguille courbe introduite sur le côté du col, et de faire ainsi, dans une certaine mesure, l'hémostase préalable. Sinon, pincez les artères au cours de l'opération; l'amputation terminée, il suffit de quelques minutes pour placer des catguts sur les vaisseaux qui en valent la peine.

La section du col doit porter très haut, sur l'angle de flexion; vous verrez pourquoi tout à l'heure. Enfin, il est bon de la faire légèrement conoïde pour avoir une tranche plate, le muscle utérin tendant à faire saillie.

On a maintenant un moignon sur lequel il reste à saturer la paroi vaginale pour obtenir la réunion immédiate. Seulement, au lieu de disposer circulairement les fils de manière à froncer la muqueuse vaginale autour de l'orifice utérin, nous allons combiner la suture de manière à redresser l'utérus; tel est le point délicat. La meilleure description d'un procédé opératoire est toujours d'une intelligence difficile; aussi les figures ci-jointes vous aideront-elles à mieux comprendre ce qui me reste à vous dire.

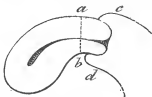


Fig. 1.

Utérus en rétroversion; *a b*, ligne sur laquelle doit porter la section; *c d*, parois vaginales.

Vous voyez que trois fils médians, traversant la section postérieure de la plaie vaginale, vont sortir par l'orifice utérin et rapprochent ainsi les deux muqueuses. Deux autres fils, placés à droite et à gauche sur la même rangée, vont sortir, non plus dans l'orifice, mais sur le bord antérieur du moignon, de sorte que la paroi vaginale postérieure s'accroche à ce bord en grimpant sur la tranche utérine. Il faut ensuite ajouter quelques fils pour cacher les surfaces vives qui restent sur la ligne médiane et sur la demi-circconférence antérieure de la plaie.

Il est clair que, tout en ménageant l'orifice, nous avons soudé la paroi postérieure du vagin au bord antérieur du moignon. Toute l'insertion vaginale est reportée en avant. La paroi tire à la manière d'un cordon de sonnette et fait basculer le fond de l'organe. En serrant les fils, on sent très bien que la paroi monte et que le

moignon s'abaisse au devant d'elle. Aussitôt après, le cathéter pénètre en ligne droite.

Vous comprenez maintenant pourquoi j'ai dit qu'il fallait amputer très haut. L'angle de flexion est une charnière mobile; si la section porte au-dessous et respecte ce point, quelle que soit l'in-

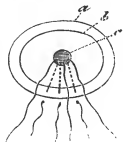


Fig. 2.

Moignon utérin vu de face après l'amputation sus-vaginale. — Passage des trois fils médians; a, paroi vaginale; b, bord antérieur du moignon; c, orifice utérin.

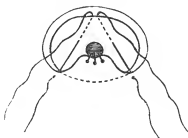


Fig. 3.

Fixation de la paroi vaginale postérieure à l'orifice utérin. — Passage des deux fils latéraux.

sertion nouvelle de la paroi vaginale, le corps de l'utérus retombera toujours en arrière. Le redressement n'est possible que si, la charnière mobile étant supprimée, l'organe représente un levier rigide.

Dans ce levier du premier genre, on m'a demandé où était le



Fig. 4.

Fixation de la paroi vaginale postérieure au bord antérieur du moignon.



Fig. 5.

Suture complète.

point d'appui. Il n'est pas bien difficile à trouver: c'est le plancher pelvien sur lequel est couché l'utérus en rétroversion; c'est l'aponévrose pelvienne supérieure et l'insertion du releveur de l'anus. Mais je n'irai pas plus loin dans la recherche du mécanisme. Les auteurs ont beaucoup médité sur la pathogénie des déviations utérines; je crois, pour ma part, qu'on se perd facilement dans une étude si ardue, et qu'il est imprudent de réduire à des for-

mules trop précises les éléments de stabilité ou les changements d'attitude de ces organes toujours mobiles, mal équilibrés, se soutenant et se refoulant tour à tour, suspendus par des liens qui n'ont eux-mêmes ni forme, ni volume, ni consistance invariables. Le relâchement des tissus qui entourent l'utérus, l'accroissement de son volume et de son poids, la vessie qui le repousse ou le décubitus qui l'entraîne de préférence en arrière, la périmétrie qui peut l'attirer dans un autre sens, le ramollissement du tissu qui crée la charnière mobile dont nous parlions tout à l'heure, en voilà bien assez pour que la théorie des versions et des flexions ne hante pas nos veilles. Malheureusement, les inventeurs ne se contentent pas de si peu, et souvent ils n'estiment leurs procédés qu'autant qu'ils paraissent se déduire d'une doctrine contestable, souvent édifiée après coup.

Ces remarques générales m'empêchent de disséquer des utérus et de recommencer des expériences sur les ligaments ronds, larges ou sacrés. Il me suffit d'avoir constaté plusieurs fois que le procédé de suture que je vous ai décrit fait basculer l'utérus et le redresse.

Pour désigner l'opération susdite, je vous propose le nom d'*hystéropexie vaginale*. En effet, au lieu d'accrocher le fond de l'utérus à la paroi du ventre, comme dans l'*hystéropexie abdominale*, on accroche sa partie inférieure au vagin, et on l'y fixe par un procédé de suture qui le maintient en bonne position. Et comme c'est bien l'utérus qui est en cause, puisqu'il s'agit, non de remonter la paroi, mais d'attirer le moignon, j'ai renoncé au nom d'*élytropexie utérine*, qui exprimait aussi bien le changement d'insertion de la paroi vaginale.



Fig. 6.

Utérus redressé; a, insertion des deux parois vaginales sur le bord antérieur du moignon.

Je crois, Messieurs, que l'hystéropexie vaginale est rationnelle et répond bien à toutes les indications. J'ai supposé qu'on avait modifié l'endométrite par le curage ou tout autre moyen; la métrite cervicale est supprimée par l'amputation du col, enfin l'attitude vicieuse est corrigée par un certain mode de suture. D'autre part, l'opération n'est pas plus grave que le raccourcissement des ligaments ronds. L'amputation sus-vaginale typique dont il est question est sans doute assez délicate, mais je ne l'ai jamais vue être suivie du moindre accident. Nous parlons en ce moment des déviations qui valent une intervention sérieuse et un chirurgien exercé; je

ne pense pas qu'on puisse davantage confier l'Alexander à un novice. De plus, l'amputation susvaginale est toujours la même, elle n'est pas subordonnée à la constitution anatomique d'un ligament, et j'imagine qu'elle nous donnera des résultats plus constants que l'opération rivale. Enfin, je n'en finirais pas si je voulais vous parler des pessaires et de l'hystéropexie abdominale; vous connaissez aussi bien que moi l'état de la question et les motifs qui peuvent nous porter à faire bon accueil à une ressource thérapeutique nouvelle.

Au premier abord, cette opération, légèrement modifiée, corrigerait aussi bien les antéversions et les déviations latérales. Dans les premières, il suffirait de pratiquer la suture en accrochant la paroi vaginale antérieure au bord postérieur du moignon; dans les secondes, une paroi latérale au bord diamétralement opposé. Mais ici l'expérience n'est pas faite. J'ai opéré de la sorte une métrite fongueuse compliquée d'antéversion; la malade est guérie de ses douleurs et de ses pertes par la guérison de l'endométrite et la suppression du col; mais, à la fin du traitement, je n'ai pas trouvé de modification bien nette dans la position du corps. Et je comprends qu'il en soit ainsi, car on a peine à concevoir une antéversion mobile et qui se laisse redresser par un mode quelconque de suture. Un utérus libre et dont les soutiens fibreux sont relâchés doit fatalement tomber en arrière; pour qu'il reste penché en avant, il faut qu'il y soit fixé par quelque cicatrice de périmérite.

Il me paraît douteux, *a fortiori*, que l'opération nouvelle puisse convenir aux latéroversions. Je ne veux pas nier d'avance quelques faits exceptionnels; mais, pour ma part, je n'ai jamais vu de latéversion qui ne fût le résultat bien net d'altérations des annexes attirant le col ou repoussant le corps de l'organe. Et alors, de deux choses l'une : ou la lésion est ancienne, endormie, transformée en une vieille adhérence, et la déviation latérale importe peu; ou la lésion est active, et c'est d'elle qu'il faut s'occuper sans faire attention à l'attitude vicieuse.

Une objection se présente : chez les jeunes femmes, l'amputation susvaginale ne compromet-elle pas les chances de fécondation, le cours normal de la grossesse, la régularité de l'accouchement ? L'expérience a déjà répondu que ni la conception, ni la grossesse, ni l'accouchement ne sont troublés si l'opération n'est pas suivie de sténose, c'est-à-dire si elle est faite au bistouri, avec suture de la paroi vaginale au moignon et réunion immédiate ¹.

(1) A. DUCASSE, De la conception, de la grossesse et de l'accouchement après la trachéotomie et l'amputation du col de l'utérus. (Thèse inaugurale, 1869.)

J'ai fait six fois, jusqu'ici, l'hystéropexie vaginale. Tous mes résultats me paraissent excellents, mais le plus ancien n'est vieux que de quatre mois. Il m'est donc impossible de fournir des preuves décisives en faveur de l'opération nouvelle. Je ne vous donne pas aujourd'hui mes observations; elles paraîtront prochainement dans la thèse d'un de mes internes, et seront déjà un peu plus démonstratives. Mon seul but, en faisant aujourd'hui cette communication, était d'engager mes collègues à essayer d'un procédé qui, dans les conditions précises que j'ai indiquées, me paraît valoir mieux que les autres et peut, jusqu'au jour où il aura fait ses preuves, soutenir avec eux la comparaison.

Discussion.

M. Pozzi. Je conteste qu'on puisse fixer d'une manière durable l'utérus en bonne position par des sutures vaginales. Certes, il est possible de le redresser momentanément; mais ce n'est qu'un résultat éphémère, et pour s'en convaincre, il suffit de se rappeler que le point d'appui, le périnée, est flasque chez l'immense majorité des femmes ayant une rétroversion douloureuse; le vagin est toujours susceptible de s'allonger et incapable de transmettre longtemps une traction notable. Donc, point d'appui mobile, bras de levier extensible; voilà pour la théorie mécanique.

Je ne nie pas du reste que l'amputation sus ou sous-vaginale du col n'ait pas donné d'excellents résultats à M. Richelot. Elle agit alors en guérissant la métrite, combinée avec le traitement intra utérin. J'ai même vu souvent alors l'utérus rétrofléchi se redresser au bout de quelques mois par le seul fait de l'involution amenée par l'amputation du col. Donc, M. Richelot peut guérir ses malades, mais il les guérit, non par une hystropexie illusoire, mais par un traitement efficace et bien connu de la métrite.

L'opération de Nicoletis réduit donc en définitive sa valeur celle d'une opération d'Emmet ou de Schröder, complémentaire d'un curettage. La suture n'a, je crois, aucune action mécanique réelle et complique inutilement le manuel opératoire.

M. QUÉNU. Je suis du même avis que M. Pozzi. J'ai revu au bout d'un mois une malade à qui j'avais amputé le col pour une métrite avec rétroversion; j'ai trouvé l'utérus redressé, quoique ayant employé simplement le procédé de suture ordinaire.

M. CHAMPIONNIÈRE. On a fait beaucoup d'opérations pour les déviations utérines; or, Chapmann (de New-York) a remarqué dans son livre sur l'hystérolgie que toutes les opérations sur le col réussissent à soulager les malades. L'opération de Sims elle-

même paraît agir surtout par la saignée, le dégorgement de l'utérus. Je préfère de beaucoup faire la laparotomie contre les rétroflexions douloureuses. L'hystéropexie abdominale a le grand avantage de permettre d'amener d'abord les annexes qui sont dans la grande majorité des cas le point de départ des douleurs et de la position vicieuse de l'utérus.

M. BOUILLY. Il faut proportionner l'opération à la lésion. Il y a peu de malades qui souffrent de leur rétroflexion seule; ce sont les lésions considérées comme accessoires qui font surtout souffrir les femmes, métrite, souvent; altération des annexes, parfois. Aux unes convient le traitement intra-utérin, avec pessaire contentif; aux dernières seulement la laparotomie.

M. CHAMPIONNIÈRE. M. Bouilly est de mon avis quand il dit que la déviation n'est qu'exceptionnellement l'origine des accidents; aussi est-il étonnant qu'en si peu de temps M. Richelot ait pu opérer des malades où la rétroflexion constituait, d'après lui, le seul élément ou le principal élément morbide.

M. TRÉLAT. La discussion actuelle date de 40 ans. Les déviations utérines sont rarement la cause des souffrances, mais dans cet état complexe interviennent la muqueuse utérine, le parenchyme utérin et souvent aussi les annexes. Les flexions sont la cause, sinon de l'origine, du moins de la permanence des accidents.

Toutefois les flexions sont parfois, comme dans certaines antéflexions, la cause même de la métrite et des souffrances. Mais dans la grande majorité des cas, elles constituent seulement une complication qu'il faut combattre et faire disparaître pour que le traitement de l'état principal (utérin ou ovarien) puisse être poursuivi sans encombre.

Aussi, après le traitement de la métrite, il faut redresser l'utérus, et j'ai préconisé alors l'opération d'Alexander dans les rétroflexions réductibles.

Je ne crois pas que le vagin soit un point d'appui suffisant pour la fixation de l'utérus. Un clou planté dans une tenture flottante ne saurait rien fixer. L'opération de Nicoletis est purement théorique, comme l'a dit M. Pozzi.

M. TILLAUX. Les déviations de l'utérus ne sont que rarement par elles seules le point de départ unique d'accidents. Cependant cela peut arriver bien exceptionnellement. J'ai observé récemment une femme qui le 27 septembre, après un effort violent, a ressenti une vive douleur. Bien auparavant j'ai trouvé un utérus en rétroflexion; je l'ai redressé à l'hystéromètre, et *instantanément* la malade a été

guérie, comme si on lui avait enlevé un corps étranger de la paupière.

M. BOUILLY. J'ai observé des cas de rétroflexion simple où l'on obtient ce soulagement instantané que signale M. Tillaux par le redressement et le maintien.

Le pessaire de Hodge, conservé quelques mois, rend ici des services signalés.

M. RICHELOT. S'il y a quelque chose d'incertain et de théorique, jusqu'à nouvel ordre, dans l'opération que je vous ai décrite, les objections qui m'ont été faites, très rationnelles sans doute, me semblent pécher par le même défaut.

M. Pozzi pense que le redressement de l'utérus ne se maintiendra pas, car le plancher périnéal est un sable mouvant et la paroi vaginale un instrument de traction sans valeur. Mais les femmes atteintes de rétroversion n'ont pas toutes un périnée lâche, une paroi vaginale flasque et une vulve béante. Ne confondons pas, je vous prie, deux questions voisines mais distinctes : la rétroversion et le prolapsus. Je ne m'occupe en ce moment que de la première, et je laisse de côté les cas plus complexes où le relâchement des tissus périnéaux peut créer des indications nouvelles. Dans les conditions que je suppose, croyez-vous qu'il faille une bien grande force de traction et un point d'appui bien résistant pour changer la direction d'un utérus mobile, surtout après la suppression du col ?

M. Pozzi nous dit encore que l'amputation, sans procédé spécial de suture, peut amener le redressement par la guérison de la métrite et la décongestion de l'utérus. Je ne le nie pas ; je vous ai dit tout à l'heure que le traitement seul de la métrite pouvait supprimer les symptômes. Seulement, il ne faut pas s'y fier, la récurrence est à craindre si l'attitude vicieuse persiste, et la plupart des gynécologues admettent, si je ne me trompe, que le redressement n'est pas à négliger. Notez que, dans l'hystéropexie vaginale, la suture est un procédé de redressement *mécanique* et *immédiat*, qui s'ajoute à la simple amputation du col, et qui me paraît être au moins une chance de plus pour que l'organe se maintienne en bonne position. N'êtes-vous pas frappés de ce fait qu'au moment où l'on serre les fils, le moignon s'abaisse, le fond de l'utérus se relève, et séance tenante le cathéter pénètre en ligne droite ? Le résultat sera-t-il durable ? Nous perdrons notre temps à l'affirmer ou à le nier ; il faut attendre que les faits soient plus anciens. Je le répète, ce n'est pas une démonstration que j'ai voulu vous apporter aujourd'hui.

M. Championnière n'insiste pas sur le procédé nouveau, mais il nie d'une façon générale l'utilité des opérations de ce genre. D'après lui, quand une femme paraît souffrir de son utérus, c'est toujours

d'autre chose qu'elle souffre. La métrite, la déviation n'est rien; notre collègue fait d'emblée la laparotomie, va droit aux ovaires, les enlève s'ils sont malades, et se contente, s'il les trouve en bon état, de les remettre à leur place, de rompre quelques adhérences dans les profondeurs pelviennes. Voilà une chirurgie bien intransigeante. Pour ma part, j'ai vu des faits qui légitiment, dans une certaine mesure, la hardiesse de notre collègue; j'ai fait chez quelques-unes, avec beaucoup de soin, le traitement chirurgical de la métrite, elles ont paru guéries; mais quelques mois plus tard elles sont revenues souffrant de nouveau, et je leur ai fait la laparotomie pour des salpyngites ou des ovaires kystiques que j'avais d'abord méconnus. Mais à côté de ces faits, combien n'y en a-t-il pas qui nous permettent de dire que la thérapeutique utérine est efficace et donne des résultats durables! Nous possédons tous des observations qui prouvent qu'on peut guérir une métrite avec ou sans déviation, et la guérir définitivement; qu'on peut redresser un utérus de telle façon qu'il reste à sa place et que la malade ne souffre plus.

M. Bouilly a protesté contre l'opinion exclusive de M. Championnière. Il l'a fait, comme de juste, en termes courtois et amicaux, si bien que M. Championnière a pu s'autoriser de ses dernières paroles pour dire: « Nous sommes d'accord. » Mais ne vous y trompez pas; il y a opposition complète entre nos deux collègues. Et si M. Bouilly paraît concéder aujourd'hui que les utérus déviés sans grosses lésions ovariennes sont rares, c'est qu'il oublie avec quelle chaleur il a défendu devant nous le traitement de la rétroversion par le pessaire de Hodge. Les rétroversions simples, qu'on redresse pour elles-mêmes et sans s'occuper des annexes, ne doivent pas être, à son avis, si exceptionnelles, puisqu'il nous a cité quatre-vingts femmes qu'il a traitées et guéries de cette façon.

M. Trélat, de son côté, estime que le traitement chirurgical de la métrite et de la déviation n'est pas illusoire, puisqu'il lui arrive souvent de guérir la métrite par la dilatation et le curage, et de faire quelque temps après l'opération d'Alexander. Ce n'est pas lui qui soutiendra qu'on doit s'attaquer toujours aux ovaires, puisqu'il professe avec autorité, en s'appuyant sur des faits qu'il a vus, que le traitement chirurgical de la métrite peut amener à lui seul, dans bon nombre de cas, la résolution de lésions inflammatoires des annexes déjà très accentuées.

En résumé, la plupart de nos collègues estiment qu'il y a des utérus malades qu'il faut traiter, des utérus déviés qu'il faut remettre en place. Le seul point difficile, c'est de reconnaître avec certitude la présence ou l'absence des complications tubo-ovariennes qui rendent précaires les résultats d'une thérapeutique

utérine entreprise à la légère. Ici, nous sommes tous d'accord tous nous admettons la fréquence de ces complications ; j'ai eu soin de la noter dans ma communication, et j'ai supposé la question résolue d'avance pour bien circonscrire mon sujet.

J'ajoute, en terminant, que malgré les mérites de l'hystéropexie abdominale — ne parlons pas, si vous le voulez bien, de ce qu'un chirurgien actif et entreprenant peut se permettre à l'hôpital — il est fort délicat de proposer une laparotomie pour une rétroversion mobile et sans complications démontrées. L'hystéropexie vaginale, si un jour sa valeur est reconnue, sera toujours mieux admise et plus couramment appliquée. Donc, avant de la juger en dernier ressort, attendons qu'elle ait fait ses preuves.

Communication.

Fracture pathologique du maxillaire inférieur. Tuberculose sénile

PAR M. TACHARD.

Renvoi à une commission. (MM. Tillaux, Delens, Peyrot, rapporteur.)

Présentation de malades.

Greffes dermo-épidermiques à grands lambeaux

PAR M. JALAGUIER.

J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie un petit malade de 10 ans, auquel j'ai guéri une vaste plaie de la paroi thoracique par deux applications successives de greffes dermo-épidermiques. Le procédé employé a été celui de Thiersch, modifié par Louis de Bâle, tel que M. Monod l'a exposé devant vous dans la séance du 28 mars 1888.

L'enfant avait été brûlé par ses vêtements enflammés le 10 avril 1888. Brûlures profondes au menton, au bras, aux mains, à l'épaule, à la hanche, et surtout au côté droit du thorax. L'enfant fut soigné chez lui jusqu'en mai 1889 ; à cette époque, toutes les brûlures étaient cicatrisées, sauf au niveau du thorax, où se trouvait une vaste plaie, à peu près quadrangulaire de 14 centimètres sur 17. Cette plaie était fongueuse, saignant abondamment au moment des pansements, qui étaient très douloureux.

L'enfant entra à l'hôpital Trousseau le 29 mai 1889 ; pendant tout le mois de juin, malgré les pansements les plus soigneux, aucune modification favorable ne se produisit, et, à la fin de juin, je recouvris environ la moitié de la plaie avec des greffes prises sur la cuisse.

Elles prirent bien, mais, à cause de la région et de l'indocilité du malade, elles glissèrent un peu, et se séparèrent les unes des autres ; néanmoins, le résultat fut très satisfaisant. Je me préparais à faire une nouvelle série de greffes, quand une épidémie de diphtérie, qui éclata dans une salle, m'obligea à renvoyer le petit malade chez ses parents.

Le 21 septembre, je recouvris complètement les surfaces non encore cicatrisées ; comme la première fois, l'enfant ayant remué, malgré toutes les précautions prises, elles s'écartèrent un peu les unes des autres, et le 26 octobre il restait encore à cicatriser 6 petits îlots de la grandeur d'une lentille à celle d'une pièce d'un franc. Quelques cautérisations au nitrate d'argent et la substitution d'un pansement quotidien, avec le vin aromatique, aux pansements rares avec l'iodoforme et le salol, employés jusque là, amenèrent une cicatrisation rapide et complète.

Vous pouvez voir que le résultat est des plus satisfaisants, la cicatrice est souple et très mobile ; on reconnaît encore la mosaïque formée par les lambeaux dermo-épidermiques transplantés ; au niveau des points où les greffes se sont écartées, on remarque un aspect un peu différent ; il y a là du tissu cicatriciel véritable.

J'aurais voulu vous présenter un autre malade que j'ai traité, en 1888, dans le service de M. Verneuil, à la Pitié ; malgré toutes mes recherches, il ne m'a pas été possible de le retrouver. Le résultat obtenu est bien plus remarquable encore.

Il s'agit d'un jeune homme de 16 ans qui, le 9 octobre 1886, ayant mis le feu aux draps de son lit, se fit de vastes et profondes brûlures au cou, à l'épaule et à tout le membre supérieur droit. Du 11 octobre 1886 au 26 juin 1887, il fut soigné à la Charité dans le service de M. Trélat. Le 28 juin 1887, il entra à la Pitié, dans le service de M. Verneuil.

Tous les moyens de traitement avaient été essayés sans succès ; le jeune homme s'affaiblissait progressivement, et la cicatrisation de la plaie ne faisait plus aucun progrès. Au commencement d'avril, la surface suppurante mesurait environ 20 centimètres carrés ; elle s'étendait de deux travers de doigt au-dessous de l'apophyse mastoïde jusqu'à l'empreinte deltoïdienne, et dans le sens antéro-postérieur du défaut de l'épaule, au bord spiral de l'omoplate.

Le 7 avril 1888, influencé par les heureux résultats obtenus par M. Monod et communiqués à la Société de chirurgie le 28 mars, je fis le grattage à la curette de toute cette vaste plaie, et j'en recouvris un tiers environ avec des lambeaux dermo-épidermiques pris sur la cuisse. Je pus constater au moment du raclage des bourgeons char-

nus que, au niveau de l'articulation de l'épaule, le deltoïde était complètement détruit et que les bourgeons charnus reposaient immédiatement sur la capsule articulaire. Les greffes prirent presque toutes, et les parties de la plaie qui n'avaient pas été recouvertes perdirent leur aspect fongueux et blafard.

Le jeune homme fut envoyé à Vincennes, où il fit un long séjour qui améliora singulièrement son état général. Au mois de septembre, il revint me trouver, je lui fis une nouvelle application de greffes. Au bout de 15 jours, il fut renvoyé à Vincennes.

Enfin le 27 septembre 1888, j'achevai de recouvrir ce qui restait de la plaie.

En janvier 1889, le jeune homme retournait à Vincennes à peu près complètement guéri.

Il a été revu, à la Pitié, au mois de septembre dernier; la cicatrisation était parfaite, il se servait facilement de son bras.

J'ai mesuré, chez lui, approximativement l'étendue des lambeaux dermo-épidermiques que j'ai transportés de ses cuisses à son épaule; en additionnant toutes les greffes successives, j'ai trouvé une longueur de 105 centimètres sur une largeur de 2 centimètres, soit, environ, une surface quadrilatère de 15 centimètres de côté.

Chez ces deux malades, à cause de l'étendue exceptionnelle des plaies, je ne pouvais songer à recouvrir de greffes, en une seule fois, toute la surface suppurante. Les applications massives de greffes m'ont donné un résultat moins rapide que ceux obtenus dans des circonstances analogues par plusieurs de mes collègues; mais ce résultat n'en a pas moins été très satisfaisant et très heureux pour mes opérés qui ont guéri, en un temps relativement court, de plaies suppurantes qui étaient stationnaires depuis 13 mois dans un cas, depuis 18 mois dans l'autre.

Discussion.

M. BERGER. La cicatrice qu'a obtenue M. Jalaguier est belle, mais ce n'est qu'une cicatrice qu'on peut difficilement distinguer du tissu médulaire.

La greffe de Thiersch ne donne rien qui rappelle une réparation cutanée.

M. QUÉNU. Quoi qu'en dise M. Berger, ce procédé est excellent. J'en ai eu un cas remarquable chez une malade dont j'aurais sans cela dû amputer la jambe.

M. LE FORT. Quand on ne greffe pas toute l'épaisseur de la peau, il y a de la rétraction.

M. QUÉNU. Les greffes de peau totale qu'on a essayé de faire chez

M. Terrier n'ont donné lieu qu'à la production d'épidermes, le reste s'est résorbé.

M. LE FORT. Le malade que j'ai présenté à l'Académie auquel j'avais refait une paupière avait conservé son lambeau.

M. BRUN. La greffe de Tiersch n'empêche pas la rétractilité.

J'ai fait deux greffes par le procédé de M. Le Fort, et les lambeaux ne se sont pas sphacelés.

J'ai refait des paupières mobiles sur les parties sous-jacentes.

M. POZZI. M. Ollier a revendiqué, ici même, la priorité sur Thiersch; il est injuste de l'oublier.

M. SEGOND. J'ai appliqué le procédé de M. Le Fort avec un plein succès sur un enfant.

M. LE DENTU. J'ai eu recours au procédé de M. Le Fort avec succès. J'ai fait une autoplastie du cou par déplacement d'un énorme lambeau de peau, chez une femme; il avait été pris sur le dos; je crois que cette opération, récente encore, réussira. Mais la malade a été très fatiguée, et chez un sujet âgé les greffes dermo-épidermiques seraient préférables.

M. PEYROT. J'ai réussi, dans un cas semblable, par une autoplastie avec énorme déplacement chez un jeune sujet. J'avais pris le lambeau sur la face antérieure de la poitrine en descendant jusqu'au voisinage de l'ombilic.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

S. Pozzi.

Séance du 18 décembre 1889.

Présidence de M. LE DENTU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Des lettres d'excuse de MM. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, GÉRARD-MARCHANT et BERGER;

3° *Diverses brochures de chirurgie*, par le D^r LAGRANGE (de Bordeaux);

4° *Empyème avec résection de côtes dans une pleurésie purulente; guérison*, par le D^r GELLÉ (de Provins); (commissaire, M. Kirmisson);

5° M. CHIPAULT (d'Orléans), membre correspondant national, envoie l'observation suivante : *Rupture du tendon sus-rotulien gauche dans les premiers jours de janvier 1889. Sept mois après l'accident, le 13 juillet, suture du tendon avec la rotule; guérison; mouvements de flexion et d'extension récupérés; la marche est devenue facile.* (Sera lue dans une des prochaines séances.)

Rapport.

Sur une observation d'anévrysme cirsoïde de la main

Par le D^r A. ROUTIER.

M. le D^r Bazy vous a présenté une observation d'anévrysme cirsoïde de la main droite; je la résumerai en quelques mots, me réservant d'attirer ensuite votre attention sur les points particulièrement intéressants.

Un homme de 37 ans porte sur la face dorsale de la main droite une petite ulcération qui date d'un mois et qui donne lieu à des hémorrhagies. Cette ulcération a été produite par un éclat de bois, mais repose sur un véritable lac veineux, dit l'auteur.

Du reste, sur la face dorsale et externe de la première phalange de l'auriculaire droit existe une tumeur manifestement veineuse, par sa coloration bleuâtre, par sa surface bosselée, serpentine, par sa mollesse, sa réductibilité, ses connexions avec les veines de la région. Cette tumeur, réductible par la pression, augmente et devient plus dure quand la main est pendante, ou quand on comprime la veine volumineuse qui en part. La tumeur se prolonge sur le dos de la main, sur toute la région correspondant au 5^e métacarpe. Peu ou pas de troubles trophiques, peau légèrement écaillée.

Pulsations isochrones au poulx, qu'on fait cesser par la compression de l'humérale ou de la radiale. La compression de la cubitale ne produit au contraire aucun changement. En rapport avec ce fait, la cubitale paraît d'un calibre normal, tandis que la radiale, l'hu-

mérale, l'axillaire, la sous-clavière, sont augmentées de volume. Rien au cœur. Pas de bruits anormaux. Pas de troubles fonctionnels. Rien dans la paume de la main.

Outre la rareté de pareilles observations, M. Polaillon, dans son article *Doigt* (*Dict. encyclopédique*), n'a pu en réunir que 26; celle-ci présente en outre quelques particularités:

Tout d'abord son début qui remonte à 18 ans, et serait consécutif à l'évolution d'un phlegmon de la région dû à un durillon forcé.

Le malade porte en effet sur la face palmaire de la main, entre les têtes de 5^e et 4^e métacarpiens, un durillon, et on voit une cicatrice sur l'éminence hypothénar.

Or, c'est juste au moment de la convalescence de ce phlegmon que les veines de l'annulaire et du dos de la main ont commencé à gonfler.

M. Bazy attire du reste l'attention sur ce fait, et se demande si le développement de cet anévrysme cirsoïde ne pourrait pas s'expliquer par l'inflammation des artères, nous présentant cette hypothèse comme nouvelle.

Cette cause a déjà été invoquée par Virchow et aussi par Gozzoli qui, dans sa thèse, rapporte sa propre observation; son anévrysme cirsoïde s'était développé à la suite de pressions répétées d'un aviron contre l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index droit.

Malheureusement, cette inflammation, cette artérite reste dans le domaine de l'hypothèse; rien ne la prouve d'une façon indéniable.

Le siège de la tumeur est aussi remarquable; c'est surtout par leur face dorsale que le doigt et la main sont envahis; il n'y avait rien d'anormal dans la paume, nous dit l'auteur.

C'est là une anomalie de siège si on compare ce fait aux autres observations auxquelles il ressemble par l'envahissement primitif du doigt.

La cause primitive était un phlegmon de la paume.

Cet anévrysme cirsoïde paraît en rapport avec le système profond de la circulation artérielle de la main; seule, en effet, la cubitale a échappé aux désordres produits par la maladie, et sa compression n'exerce aucun effet sur les pulsations de la tumeur.

L'ulcération qui existe et qui cause les hémorragies pour lesquelles le malade est venu demander un avis a été causée par un traumatisme, un éclat de bois. Je regrette de voir l'observation finir un peu court; j'aurais voulu savoir le traitement institué et ses résultats.

Quoi qu'il en soit, je propose :

1^o D'adresser des remerciements à l'auteur;

- 2° De déposer son observation aux archives;
- 3° De l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats à la place de membre titulaire.

Discussion.

M. QUÉNU. Je désire, au sujet du rapport de M. Routier, communiquer quelques réflexions que m'a inspirées sur l'anévrysme cirsoïde l'étude récente de pièces anatomo-pathologiques. M. Bazy nous parle de l'artérite comme étant le fait primitif probable, cela est à démontrer ; qu'il y ait des inflammations des artères, cela s'observe en général ; ce qu'il est difficile de démontrer, c'est que l'artérite est antérieure au développement de la tumeur et non secondaire. Mais j'appelle l'attention sur un autre point. Broca a déjà dit que ce qui domine l'histoire des tumeurs cirsoïdes, c'est la communication artério-veineuse. Or, cette communication, au lieu de s'établir à la périphérie par les capillaires, peut se faire entre une artériole et une veine, par exemple, à la suite d'un traumatisme. Dans ce dernier cas, les signes cliniques sont exactement les mêmes que dans la tumeur cirsoïde : dilatation des artères, épaississement et dilatation des veines, troubles trophiques, etc., tout existe ; mais il y a de plus un signe spécial, c'est que la compression en un point de la tumeur fait disparaître les battements. Ce n'est pas là une distinction théorique ; j'ai observé avec M. Terrier un malade dont M. Terrier fera certainement l'objet d'une communication à la Société, et qui portait au cuir chevelu une tumeur pulsatile. Or, Malassez a pu démontrer anatomiquement, grâce à son procédé de nitratisation, sur la pièce enlevée, la communication entre une artère et une veine. Je considère donc les dilatations artérielles et veineuses plus ou moins distantes de la tumeur pulsatile comme engendrées par la communication artério-veineuse, que celle-ci s'établisse par des capillaires dilatés ou qu'elle s'établisse plus directement entre deux troncs.

M. POLAILLON. J'ai insisté, dans l'article MAIN du *Dictionnaire encyclopédique*, sur la communication directe des artères avec les veines dans les tumeurs cirsoïdes, aussi bien que dans les cas d'anévrysme artério-veineux. Cette communication des deux ordres de vaisseaux, sans capillaires intermédiaires, constitue le trait caractéristique de ce genre d'affection, et explique la dilatation ascendante des artères afférentes, les varices des veines afférentes et les troubles de nutrition du membre affecté.

Les traumatismes jouent un grand rôle comme cause de ces angiomes.

Chez un manouvrier dont j'ai communiqué l'observation à la Société clinique, en 1878 (*Bull. de la société clinique*, T. II, p. 165), la cause de la tumeur cirsoïde n'avait pas été une plaie ou un grand traumatisme, mais très probablement les pressions fréquemment renouvelées des outils sur l'éminence thénar. Ce malade entra à l'hôpital pour une diminution considérable dans la force du membre supérieur droit. La main et l'avant-bras étaient plus rouges, plus chauds et plus volumineux que les mêmes parties du côté opposé. Les artères de l'avant-bras étaient à peu près normales, mais les veines radiales et la veine céphalique du pouce étaient dilatées et pulsatiles. On sentait, dans la profondeur de l'éminence thénar, une tumeur mal limitée, grosse comme une petite noix, molle, dépressible et pulsatile. J'admis que cette tumeur était plutôt une tumeur cirsoïde qu'un anévrysme artérioveineux. Elle présentait un bruit de souffle continu.

Tout dernièrement, j'en ai observé un autre exemple chez un faïencier qui se servait constamment de la poudre de grès pour polir les parties rugueuses de ses faïences. Il portait depuis son enfance un nævus rouge, imperceptible, à l'extrémité du médius. La poudre de grès excoria la peau à ce niveau. Une petite plaie se forma et se recouvrit de bourgeons, qui saignaient facilement. Peu à peu les bourgeons formèrent, à l'extrémité du médius, une tumeur rouge, pulsatile, grosse comme une cerise. Les artères et les veines collatérales se dilatèrent sous l'influence de la production de cette tumeur cirsoïde. Le médius devint plus rouge, plus chaud, plus volumineux que son congénère.

Je pensai qu'il suffirait de supprimer la communication large et directe des artères avec les veines, à travers la tumeur cirsoïde, en enlevant celle-ci radicalement, pour mettre un terme à tous les accidents. Cette ablation était facile, puisque la tumeur était bien circonscrite à la pulpe du doigt. Elle fut faite très largement. La plaie suturée se réunit par première intention. La dilatation artérielle et veineuse disparut. Depuis plus de cinq mois le malade est resté guéri.

L'examen histologique a montré que la tumeur était formée par un lacis de capillaires dilatés, communiquant, d'une part, avec les artérioles, et, d'une autre part, avec les veinules. Entre les vaisseaux tortueux, on rencontrait du tissu conjonctif en voie de prolifération.

M. TILLAUX. Je puis donner des nouvelles de la malade dont a parlé M. Quénu. Je l'ai présentée à la Société de chirurgie. Elle avait des douleurs intolérables dans les doigts. Les avis furent divergents. M. Larrey me conseilla la compression digitale. Je la

fis dans les vingt-quatre heures, et les douleurs cessèrent. Le même traitement amena la guérison d'une récurrence des douleurs, mais sans modification de la tumeur.

M. QUÉNU. Je fais observer à M. Polaillon que Broca et les autres auteurs qui ont suivi ont insisté sur la communication se faisant par les capillaires dilatés entre les artères et les veines, mais qu'aucun n'avait signalé anatomiquement ce fait que dans une tumeur cirsoïde chronique la communication peut exister entre une artériole et une veinule. Le fait thérapeutique qu'il cite est des plus intéressants ; il fortifie notre théorie, puisque la suppression de la communication artério-veineuse a entraîné la disparition des dilatations artérielles et veineuses ; c'est, en somme, la vraie thérapeutique des tumeurs cirsoïdes, comme elle est celle de l'anévrysme artério-veineux.

Le fait que rappelle M. Tillaux m'est d'autant mieux connu que j'étais en 1877 l'externe de M. Tillaux et que j'ai fait partie de l'escouade chargée de la compression. M. Tillaux me rappelle les douleurs intenses que sa malade éprouvait dans le doigt ; je signale à ce sujet que sur les pièces d'anévrysmes cirsoïdes du doigt qui m'ont été confiées par M. Darier j'ai constaté des lésions de névrite interstitielle des collatéraux, et je pense qu'il est vraisemblable que c'est à de telles névrites qu'il faut rapporter et les douleurs souvent signalées et les troubles trophiques.

M. PRENGRUEBER. Je viens d'observer un malade atteint d'anévrysme cirsoïde, siégeant à la base du médus et s'accompagnant de dilatation artérielle très étendue. L'humérale sinueuse était le siège de battements très intenses, et, comme calibre, elle paraissait avoir le volume du pouce. Quelques mois avant l'entrée du malade dans le service, il avait subi la ligature de la radiale et de la cubitale. Cette opération, ainsi que cela est de règle en pareil cas, n'avait donné aucun résultat.

Je fis l'ablation de la tumeur. Cette ablation présenta quelques difficultés en raison de l'énorme volume des artères (je dus faire quatre ligatures d'artères du volume d'une radiale ordinaire) ; mais je pus cependant enlever la totalité de la masse morbide, et le malade guérit. Au bout de deux à trois mois, il quittait l'hôpital, et son système artériel avait repris son aspect normal ; l'amplitude et les battements de l'humérale n'étaient pas plus prononcés d'un côté que de l'autre.

Ce fait est une nouvelle preuve que les ligatures artérielles sont de mauvaises opérations lorsqu'on les applique au traitement des anévrysmes cirsoïdes. Quand ce sera possible, on devra d'emblée faire l'ablation de la tumeur.

M. TRÉLAT. A l'occasion de cette discussion, je vous rappellerai l'observation du malade atteint d'anévrysme artério-veineux de la poplitée, dont je vous ai entretenu il y a quelques mois. Avant de l'opérer, nous avons remarqué que l'artère fémorale au-dessus du sac et dans toute l'étendue de la cuisse paraissait très dilatée.

L'extirpation de la tumeur faite, toute dilatation disparut. Ce n'était donc qu'une apparence, une attitude de l'artère, si je puis m'exprimer ainsi, mais non une ampliation effective. J'insisterai peu sur la thérapeutique des tumeurs anévrysmales, dont nous venons de nous occuper. Ainsi que vient de le faire remarquer M. Prengrueber, la ligature ne donne pas de bons résultats, et les indications opératoires peuvent se résumer en ces deux termes : extirpation si possible ; sinon amputation. La ligature à distance ne donne pas de résultats.

C'est à l'amputation que j'ai été réduit chez une malade sur laquelle on avait essayé vainement les ligatures.

M. LE DENTU. J'ai eu l'occasion d'observer, chez une femme de 30 ans, une énorme tumeur cirsoïde, intéressante au point de vue de son évolution. Elle occupait la région fessière et envoyait dans le bassin un prolongement que l'on sentait très nettement par le vagin et par le rectum. Avant d'être soumise à mon observation, cette tumeur s'était enflammée, puis ulcérée, et avait donné lieu à des hémorrhagies qui se renouvelèrent très abondantes sous mes yeux et rendirent la situation assez critique pour me faire songer à la ligature de l'iliaque primitive. Mais pendant que j'hésitais encore, des transformations apparurent dans la tumeur ; elle devint le siège d'un gonflement énorme, les hémorrhagies diminuèrent, puis elles disparurent complètement ; pendant ce temps, le volume de l'anévrysme diminuait et une portion subissait la transformation scléreuse. Quelques semaines plus tard, la malade pouvait quitter l'hôpital. Deux ans plus tard, j'ai revu cette femme à plusieurs reprises, et j'ai pu constater que non seulement la portion fessière de la tumeur s'était de plus en plus sclérosée, mais encore que la même transformation avait gagné partiellement le prolongement pelvien. Bien que, dans ce cas, il n'y ait pas eu de guérison complète, l'amélioration a été manifeste par le fait seul du processus inflammatoire.

M. Pozzi. Je rappellerai que c'est ce processus qui a servi de base au professeur Gosselin pour instituer le traitement des anévrysmes cirsoïdes par les injections de perchlorure de fer. Sous l'influence de ces injections, il se produit également des inflammations localisées et consécutivement une sclérose, qui, s'irra-

diant en différents sens, amène la guérison, ainsi que je l'ai vu un certain nombre de fois.

M. TRÉLAT. Le fait dont vient de nous parler M. Le Dentu est d'autant plus heureux qu'il eût été impossible, dans ce cas, d'avoir recours à l'extirpation ou à l'amputation. Toutefois, en règle générale, je regarde comme inconstante la méthode de traitement par les injections avec la liqueur de Piazza. Les ligatures à distance sont parfois dangereuses.

M. PEYROT. Les réflexions de M. Trélat sont absolument justes, et le fait suivant viendrait, s'il était nécessaire, appuyer sa manière de voir. J'ai observé l'année dernière une fillette de 7 ans, atteinte d'un anévrysme cirsoïde du pied gauche. Cette affection avait succédé à un nævus, apparu peu de temps après la naissance, à la base de l'orteil, sur la face dorsale du pied. Pendant les premières années de la vie, on ne s'inquiéta pas de cette tache vasculaire; mais, peu à peu, le pied gonfla et prit un volume presque double de celui du côté opposé. Enfin des ulcérations se produisirent sur le dos du pied; elles devinrent le point de départ d'hémorrhagies répétées. Lorsque la malade me fut soumise, le pied était bleuâtre sur toute sa face dorsale, tuméfié, ulcéré en plusieurs points. Les artères du pied et de la jambe étaient manifestement dilatées. La fémorale, jusqu'au voisinage du pli de l'aîne, était augmentée de volume. On sentait, en la comprimant, un véritable thrill.

La fréquence des hémorrhagies m'obligeait à intervenir promptement. Mon sentiment était que la nécessité s'imposait ici d'amputer le pied. Cependant, pressé par les parents, et un peu par un de mes collègues que j'avais appelé, je fis la ligature de la fémorale au niveau de l'anneau du grand adducteur. Après la ligature, l'hémorrhagie continuant au niveau de l'ulcération du pied, je fis avec soin un pansement antiseptique et légèrement compressif.

Le résultat fut déplorable, car trois jours après le pied et la partie inférieure de la jambe étaient sphacelés.

J'ai dû pratiquer immédiatement l'amputation de la cuisse, qui a été suivie de guérison.

L'examen du pied sphacélé n'a pas pu être fait utilement. Les artères de la jambe étaient dilatées mais non altérées dans leur structure.

Présentation de malade.

*Section ancienne des tendons et des nerfs de la région
antérieure de l'avant-bras,*

Par M. Pozzi.

M. Pozzi présente un malade dont les muscles et les nerfs de la région antérieure de l'avant-bras ont été sectionnés, il y a trois ans, par un coup de sabre. La main est atrophiée et impotente, et les doigts sont le siège de douleurs. Le présentateur demande aux membres de la Société si l'on peut espérer quelque amélioration en tentant la suture des organes sectionnés.

Discussion.

M. TILLAUX est d'avis que la suture des nerfs peut être favorable, celle du médian, en particulier, pour les muscles de l'éminence thénar. Quant à la rétraction des autres muscles, il n'est guère probable qu'on puisse la corriger.

Présentation de pièce.

*Énorme corps fibreux de l'utérus intra-ligamentaire. — Décor-
tication. — Hystérectomie supra-vaginale ; plaie étendue de la
vessie, suturée complètement,*

Par M. Pozzi.

M. Pozzi présente un énorme fibrome de l'utérus, du poids de quinze livres, que la malade portait depuis dix ans. Des phénomènes de compression en ont commandé l'ablation, qui a offert quelques particularités intéressantes. Elle a présenté une certaine difficulté en raison de l'inclusion de ce fibrome dans le ligament large, de ses adhérences à l'S iliaque et à la vessie, de la difficulté que l'on a eue à le décortiquer et à constituer un pédicule avec le col utérin. Durant ces manœuvres, la vessie, très allongée, a été déchirée dans une étendue de douze centimètres ; la plaie a été réparée par une double suture en surjet au catgut. Les suites de l'opération ont été très bénignes : il n'y a eu aucun écoulement d'urine par la plaie depuis sept jours que la malade est opérée.

Sonde à demeure la nuit, cathétérisme le jour ¹. Aucune fièvre, aucun vomissement, état général parfait. La malade est en voie de guérison rapide. L'observation sera publiée.

Élections du bureau pour 1890.

Président.

Nombre de votants, 24. — Majorité, 13.

M. NICAISE est élu par 24 voix.

Vice-Président.

Nombre de votants, 24. — Majorité, 13.

M. TERRIER est élu par 13 voix.

M. CHAUVEL obtient 11 voix.

Secrétaire général.

Nombre de votants, 24. — Majorité, 13.

M. MONOD est élu par 24 voix.

Secrétaire annuel.

Nombre de votants, 20. — Majorité, 11.

M. MARCHAND est élu par 19 voix.

Vice-Secrétaire.

Nombre de votants, 19. — Majorité, 10.

M. RICHELLOT est élu par 19 voix.

Archiviste-Bibliothécaire.

M. RECLUS est nommé par acclamation.

Trésorier.

M. SCHWARTZ.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

S. POZZI.

¹ Au huitième jour la malade, très indocile, ayant enlevé la sonde la nuit, un peu d'urine s'est fait jour dans la plaie. Cette fistulette n'a laissé écouler que peu de liquide et s'était oblitérée spontanément après une cautérisation au thermocautère, quand la malade, guérie, a quitté le service à la fin de février 1890.

ERRATA

Page 33, ligne 31, *au lieu de* : Kets, *lisez* : Keith.

Page 39, ligne 3, *au lieu de* : Salpyngites, *lisez* : Salpingites.

Page 144, ligne 18, *au lieu de* : Meyer en 1828, *lisez* : Meyer en 1823.

Page 144, ligne 19, *au lieu de* : Wavrin Esmarch, *lisez* : Warren Esmarch.

Page 202, ligne 33, *au lieu de* : Urèthre, *lisez* : Uretère.

Page 257, ligne 33, *au lieu de* : Rétroversion, *lisez* : Antéversion.

Page 318, ligne 30, *effacer* : M. Reclus.

TABLE DES MATIÈRES

COMMUNICATIONS ORIGINALES

| | Pages. |
|--|--------|
| ANGER. — Sur l'ongle incarné | 594 |
| ASSAKY (de Bucarest). — Ventro-fixation de l'utérus sans laparotomie . | 729 |
| BAUDON (de Nice). — Deux observations de plaies pénétrantes de l'abdomen avec lésions des viscères | 110 |
| BERGER. — Sur le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen, et plus particulièrement des blessures de l'intestin par projectiles de petit calibre (balles de revolver) | 93 |
| — Sur l'opération de Wladimiroff-Mikulicz. | 187 |
| — Sur les altérations de la glande sous-maxillaire consécutives à la lithase salivaire | 599 |
| — Traitement des lymphadénomes ou lymphomes. | 731 |
| BÆCKEL. — De la suppression du drainage dans les grandes opérations chirurgicales. | 358 |
| BOUILLY. — Opération césarienne; enfant vivant; guérison de la mère. . | 215 |
| BOUSQUET. — 1 ^e Kystes du tibia droit; 2 ^e polype naso-pharyngien à prolongements multiples; opération; mort | 617 |
| CHAMPIONNIÈRE et DANON. — Sur le traitement électrique des fibromes utérins. | 470 |
| CHAMPIONNIÈRE. — Statistique des opérations faites dans le service des baraques à l'hôpital Saint-Louis, de mai 1887 à mai 1889. | 636 |
| DEFONTAINE. — Arthrodèse pour pied bot paralytique | 453 |
| DESPRÉS. — Extirpation de la clavicule. | 143 |
| — Kystes dermiques congénitaux et fistule de la rainure coccygienne . | 614 |
| EHRMANN. — Anévrysme poplité guéri par la compression; persistance, après deux ans et neuf mois, d'une paralysie des extenseurs, survenue au cours du traitement. | 650 |
| GUERMONPREZ et BALLENGHIEN. — Sur les fractures du calcanéum par écrasement. | 649 |
| GOUGUENHEIM. — Rétrécissement cicatriciel du larynx d'origine syphilitique; trachéotomie datant de cinq ans; dilatation quotidienne, de haut en bas, du rétrécissement pendant six mois par les sondes en caoutchouc durci de Schrøtter; guérison. | 403 |
| HEURTAUX (de Nantes). — Kyste sous-péritonéal probablement d'origine ovarique. | 314 |
| JALAGUIER. — Plaie pénétrante de l'estomac par balle de revolver; blessure de l'artère coronaire stomacique; laparotomie deux heures et demie après l'accident; guérison. | 739 |

| | Pages. |
|---|--------|
| KIRMISSON. — Suture primitive et suture secondaire de l'urèthre et du périnée à la suite de l'uréthrotomie externe. | 287 |
| — Extraction d'une balle logée dans le rocher du côté droit; guérison | 562 |
| LANNELONGUE. — Kystes dermoïdes de la fente intermaxillaire. | 72 |
| — Kyste dermoïde de la joue droite développé au niveau de la fente intermaxillaire. | 108 |
| — De l'extension continue dans les affections du membre inférieur; nouvel appareil pour son application. | 168 |
| LARGER. — Tumeur de la queue du sourcil, d'origine traumatique, prise pour une tumeur dermoïde. | 88 |
| NÉLATON. — Sur trois cas de plaies pénétrantes de l'intestin. | 100 |
| — Prolapsus du rectum; excision du prolapsus. | 747 |
| OLLIER. — Sur l'abaissement du nez par ostéotomie verticale et bilatérale des os du nez. | 397 |
| PÉRIER. — Suture tendineuse (à propos du procès-verbal); observation recueillie par M. REBOUL. | 671 |
| POLAILLON. — Sur un cas de ventro-fixation ou utéropexie. | 66 |
| — Restauration du canal de l'urèthre chez la femme. | 708 |
| POZZI. — Sur l'hystéropexie. | 753 |
| — Gastro-entérostomie pour un cancer de l'estomac. | 586 |
| QUÉNU. — Kyste hydatique suppuré de la rate évacué par les bronches; incision par la voie transpleurale; guérison. | 295 |
| RECLUS. — Sur les plaies de l'abdomen par coup de feu. | 132 |
| REYNIER. — De la chloroformisation. | 618 |
| RICHELOT. — Sur l'opération d'Alexander (raccourcissement des ligaments ronds). | 268 |
| — Sur le traitement des kystes hydatiques du foie. | 298 |
| — Section extemporanée de l'éperon dans la cure de l'anus contre nature. | 309 |
| — De l'hystéropexie vaginale. | 765 |
| ROUTIER. — Cancer annulaire de la partie supérieure du rectum; résection par la voie sacrée (Kraske) de 10 centimètres d'intestin avec conservation du sphincter. | 676 |
| SCHWARTZ. — Du traitement des déplacements et des déviations utérines par le raccourcissement des ligaments (opération d'Alquié-Alexander). | 241 |
| — Note sur un cas de ténorrhaphie du tendon de l'extenseur du médius. | 665 |
| TACHARD. — Fracture pathologique du maxillaire inférieur; tuberculose sénile. | 775 |
| TERRIER. — Ventro-fixation (hystéropexie) pour rétroversion utérine douloureuse avec ou sans ablation des annexes (trompes et ovaires). | 46 |
| — Deuxième observation d'hystéropexie pour chute de l'utérus compliquée d'une tumeur de la trompe. | 83 |
| — Statistique des opérations faites à l'hôpital Bichat pendant l'année 1888. | 157 |
| — Adénite pelvienne suppurée; laparotomie; extirpation de la tumeur ganglionnaire; guérison. | 551 |
| — Résection du rectum (comm. à propos du procès-verbal). | 693 |
| TERRILLON. — Myomes de l'utérus pédiculés et douloureux; leur ablation par la laparotomie. | 117 |
| — Deux observations de cholécystotomie. | 227 |
| — Ablation, par la voie vaginale, des fibromes utérins volumineux interstitiels et à large base d'implantation. | 405 |
| — Cinquième série de trente-cinq ovariectomies pour kystes de l'ovaire. | 457 |
| — Abscess de la surface du cerveau du côté gauche provoquant une mo- | |

| | Pages. |
|--|--------|
| noplégie brachiale droite, avec aphasie et paralysie faciale sans paralysie de l'orbiculaire; trépanation, ponction et ouverture de l'abcès; disparition rapide des accidents; amélioration passagère; mort cinq jours après l'opération | 555 |
| — Sur une variété de périarthrite du genou; inflammation de la bourse séreuse située sous le ligament rotulien | 656 |
| — Trépanation du bassin pour le traitement des abcès chroniques de la fosse iliaque et du bassin | 699 |
| TILLAUX. — Contusion du cerveau dont les lésions anatomiques ne sont pas en rapport avec les données physiologiques actuelles sur les centres moteurs (à propos du procès-verbal) | 566 |
| TRÉLAT. — Anévrysme artério-veineux des vaisseaux poplités; extirpation; guérison | 153 |

RAPPORTS

| | |
|---|-----|
| ANGER (Th.). — Hernie étranglée, par M. MARTINET. — <i>Rapport</i> par ANGER | 151 |
| BERGER (P.). — Plaie non pénétrante de l'abdomen par balle de revolver, par MICHAUX (P.). — <i>Rapport</i> par BERGER | 236 |
| — Sur la résection ostéoplastique du cou-de-pied, dite opération de Wladimiroff-Mikulicz, par M. CHAPUT. — <i>Rapport</i> par BERGER | 338 |
| — Sur le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen par la laparotomie | 744 |
| CHAMPIONNIÈRE. — Ectopie testiculaire simple ou compliquée de hernie congénitale; son traitement par la célorrhaphie, par TUFFIER. — <i>Rapport</i> par CHAMPIONNIÈRE | 311 |
| CHAUVEL. — Luxation tarso-métatarsienne, par le Dr NIMIER. — <i>Rapport</i> par CHAUVEL | 57 |
| — Contre-indications à la recherche immédiate des projectiles à la suite de tentatives de suicide par coup de feu dans l'oreille, par le Dr TACHARD. — <i>Rapport</i> par CHAUVEL | 59 |
| — Note sur les propriétés résolutives de l'eau chaude appliquée au traitement des fractions péri-articulaires, par DARDE. — <i>Rapport</i> par CHAUVEL | 199 |
| — Balle de plomb déformée par compression et portant l'empreinte d'un tissu, par GRIPAT (d'Angers). — <i>Rapport</i> par CHAUVEL | 201 |
| — Des effets produits sur l'oreille par la détonation des armes à feu, par le Dr NIMIER. — <i>Rapport</i> par CHAUVEL | 336 |
| — Sur une observation de mégalo-dactylie de l'annulaire droit, par TACHARD. — <i>Rapport</i> par CHAUVEL | 468 |
| — Observations de plaies pénétrantes de l'abdomen, par GUERT (méd. de 1 ^{re} cl. de la marine). — <i>Rapport</i> par CHAUVEL | 468 |
| — Amputation intra-calcanéenne pour un mal perforant récidivé, par CHAPUT. — <i>Rapport</i> par CHAUVEL | 609 |
| — Notice sur un nouvel appareil de premier pansement pour les blessés de guerre, par PATIN. — <i>Rapport</i> par CHAUVEL | 673 |
| HORTELOUP. — Note sur un procédé particulier de restauration de la cavité buccale après résection du maxillaire supérieur, par le Dr LEPRÉVOST (du Havre). — <i>Rapport</i> par HORTELOUP | 549 |
| KIRMISSON. — Sur deux mémoires adressés à la Société de chirurgie, | |

| | Pages. |
|--|--------|
| par M. MASSE (de Bordeaux) et M. CHAVASSE. — <i>Rapport</i> par KIRMISSON | 147 |
| — Traitement chirurgical des néoplasmes perforants de la voûte du crâne, par POUSSON. — <i>Rapport</i> par KIRMISSON | 631 |
| LE DENTU. — Note sur le traitement des fibromes par l'électricité, par ONIMUS. — <i>Rapport</i> par LE DENTU | 630 |
| MONOD. — Persistance des règles à la suite de l'ablation des annexes de l'utérus, par le Dr MACARIO (de Nice). — <i>Rapport</i> par MONOD. . . | 31 |
| — Sur deux observations de gastro-entérostomie, par le Dr ROUX (de Lausanne). — <i>Rapport</i> par MONOD. | 572 |
| NÉLATON. — Observation d'un cas de l'artère sous-clavière gauche traité par les courants continus, par le Dr VALLADARÈS (de Rio-de-Janeiro). — <i>Rapport</i> par NÉLATON | 115 |
| POZZI. — L'apophyse sus-épitrochléenne considérée au point de vue chirurgical, par le Dr TESTUT (de Lyon). — <i>Rapport</i> par POZZI. | 330 |
| — Sur l'hystéropexie. | 753 |
| RECLUS. — Sur une observation d'ainhum | 428 |
| — Traitement des lymphadénomes cervicaux par l'arsenic à haute dose (à propos du procès-verbal). | 714 |
| RICHELLOT. — Sur l'origine infectieuse du tétanos des nouveau-nés, par LOPE (de Marseille). — <i>Rapport</i> par RICHELLOT, | 696 |
| ROUTIER. — Injection d'éther iodoformé dans un abcès froid; accidents graves; mort apparente; insuccès thérapeutique, par le Dr GAILLARD (de Parthenay). — <i>Rapport</i> par ROUTIER | 71 |
| — Sur une observation d'anévrysme cirsoïde de la main | 779 |
| SCHWARTZ. — Sur une observation de pied bot varus osseux varus; ablation de l'astragale et du scaphoïde ankylosés; redressement; guérison, par le Dr LEBEC. — <i>Rapport</i> par SCHWARTZ | 90 |
| SEGOND. — Impuissance congénitale guérie par l'opération du varicocèle, par le Dr JAMIN. — <i>Rapport</i> par SEGOND | 175 |
| — Kyste hydatique de la rate guéri à la suite d'une ponction capillaire pratiquée par la seringue de Pravaz. — Kyste hydatique suppuré du foie guéri par l'incision large en un temps, par LEPRÉVOST (du Havre). — <i>Rapport</i> par SEGOND | 279 |
| TERRIER. — Sur une observation de néphrectomie pour néphrite suppurée; guérison, par POISSON (de Nantes). — <i>Rapport</i> par TERRIER. . | 449 |
| — Anévrysme spontané du pli du coude chez un cardiaque albuminurique; opération; guérison de l'anévrysme; mort de l'opéré, par le Dr PLEYETTE (de Marseille). — <i>Rapport</i> par TERRIER. | 509 |
| TERRILLON. — Cholécystite calculieuse suppurée; cholécystotomie; mort au bout de deux mois par troubles hépatiques, par le Dr LATOUCHE (d'Autun). — <i>Rapport</i> par TERRILLON. | 208 |
| TILLAUX. — Rupture de l'uretère, par CHAPUT. — <i>Rapport</i> par TILLAUX. . | 202 |
| TRÉLAT. — Anévrysme traumatique de l'humérale, volumineux et ancien; extirpation; guérison, par CELLIER (de Laval). — <i>Rapport</i> par TRÉLAT | 491 |

PRÉSENTATION DE MALADES

| | |
|--|-----|
| ANGER. — Adéno-lymphocèle probable du cou et de l'aisselle | 320 |
| BERGER. — Rétrécissement syphilitique du larynx datant de six ans, dilaté avec des bougies (présent. au nom de M. GOUGUENHEIM) . . . | 608 |

| | Pages. |
|---|--------|
| — Amputation médio-tarsienne par la méthode en raquette. | 646 |
| — Procédé pour obtenir l'occlusion des fistules trachéales par une auto-plastie | 684 |
| CHAMPIONNIÈRE. — Fractures de la rotule traitées par la suture | 485 |
| CHAPUT. — Fracture de la rotule | 63 |
| — Opération de Wladimiroff-Mikulicz. | 220 |
| — Rupture sous-cutanée du triceps fémoral; incision; suture; guérison. | 752 |
| CHAUVEL. — Malade amputé dans l'articulation de Lisfranc | 131 |
| — Fracture du cou-de-pied ancienne | 664 |
| DELORME. — Synovite de la gaine des fléchisseurs guérie par l'incision. | 441 |
| — Ostéites du frontal et fongosités tuberculeuses de la dure-mère; ablation de l'os et de la dure-mère malades; guérison. | 583 |
| DESPRÉS. — Tumeur de la clavicule droite (ostéo-sarcome central); résection totale de la clavicule. | 226 |
| — Extirpation de la clavicule pour ostéo-sarcome | 256 |
| GUÉNIOT. — Hydro-méningocèle volumineuse de la région occipitale chez un enfant nouveau-né | 625 |
| JALAGUIER. — Greffes dermo-épidermiques à grands lambeaux. . . . | 775 |
| KIRMISSON. — Jeune garçon chez qui on a pratiqué la section à ciel ouvert des deux chefs sternal et claviculaire du sterno-mastoïdien . . | 171 |
| — Fracture itérative de la rotule; suture des fragments; guérison. . . | 274 |
| — Hydrocèle congénitale avec ectopie testiculaire inguinale du côté droit. | 593 |
| LE DENTU. — Section complète de l'urèthre et des téguments du pénis par une ficelle; réparation de la difformité par deux opérations auto-plastiques. — Guérison. | 195 |
| MONOD. — Cancroïde de l'angle externe de l'œil | 63 |
| — Greffe cutanée à l'aide de grands lambeaux épidermiques (procédé de Thiersch). | 63 |
| — Gangrène du pouce à la suite d'un bain phéniqué. | 304 |
| — Malade atteint d'exophtalmie. | 585 |
| PÉRIER. — Opération pour un genu valgum. | 422 |
| — Névralgie testiculaire | 484 |
| POLAILLON. — Restauration de la lèvre inférieure | 486 |
| POZZI. — Section ancienne des tendons et des nerfs de la région antérieure de l'avant-bras | 786 |
| RECLUS. — Plaie derrière l'oreille ayant occasionné le coma et ensuite une période de délire et d'agitation ayant duré quatre jours | 109 |
| — Enorme lymphadénome du cou. | 706 |
| ROUTIER. — Fracture compliquée du coude gauche; résection irrégulière; guérison. | 192 |
| — Ankyloglosse totale datant de 17 ans. | 707 |
| TERRIER. — Fourchette arrêtée dans l'estomac; gastrotomie; suture de la plaie stomacale et réduction immédiate. | 436 |
| TRUFFIER. — Oblitération d'une fistule rénale par un nouveau procédé. | 74 |
| VAUTRIN. — Malade ayant subi la laparotomie pour une péritonite tuberculeuse. | 131 |

PRÉSENTATION DE PIÈCES

| | |
|---|-----|
| BAZY. — Anévrysme de la fémorale; extirpation du sac. | 762 |
| BERGER. — Pièce dentaire (moitié de râtelier) ayant été avalée, puis rendue dans les garde-robes trois jours après. | 221 |

| | Pages. |
|---|--------|
| BOULLY. — Grossesse tubaire; laparotomie. | 762 |
| CHAMPIONNIÈRE. — Tumeur fibreuse de l'utérus. Tumeur constituée par le rein droit kystique, contenant une quantité considérable de sang altéré. | 196 |
| COMBAUD (de Sancerre). — Cancer ganglionnaire primitif | 668 |
| JALAGUIER. — Amande de dragée ayant séjourné cinq jours dans les voies aëriennes. | 223 |
| KIRMISSON. — Volumineux fibrome calcifié de la paroi abdominale antérieure chez un jeune homme; extirpation avec ouverture du péritoine; guérison. | 412 |
| — Pièce relative à une fracture du crâne; déductions sur la trépanation primitive dans ses rapports avec les localisations cérébrales. | 627 |
| MARTEL (de Saint-Malo). — Angiome de la langue chez une jeune fille de 23 ans. | 272 |
| MONOD. — Néphrectomie pour rein calculeux | 396 |
| — Tumeur de l'orbite. | 593 |
| — Rein polykystique; néphrectomie | 593 |
| — Fibro-sarcome de l'ovaire | 728 |
| POZZI. — Gros calcul chez un vieillard de 80 ans; taille hypogastrique; suture complète de la vessie; drainage prévésical; guérison | 315 |
| — Énorme corps fibreux de l'utérus extra-ligamentaire; décortication; hystérectomie supra-vaginale; plaie étendue de la vessie suturée complètement | 786 |
| QUÉNU. — Grossesse extra-utérine; ablation totale; guérison. | 318 |
| RICHELOT. — Double salpingite purulente | 385 |
| — Pansement destiné aux premiers soins à donner aux blessés militaires. | 278 |
| ROUTIER. — Anévrysme poplité | 507 |
| — Extirpation du rectum par la voie sacrée. | 666 |
| — Grossesse de quatre mois; gros fibrome utérin; myomotomie | 727 |
| TERRILLON. — Sarcome du fond de l'utérus. | 667 |
| TRÉLAT. — Sac d'un anévrysme artério-veineux. | 38 |
| — Anévrysme poplité. | 743 |

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

| | |
|--|-----|
| BECK (de Berne). — Appareil à soulèvement des malades dit « Pantocome ». | 488 |
| CARÉQUY. — 1° Pelote de fils brouillés fixée par un fil plus fort et permettant d'extraire les corps étrangers de l'œsophage; 2° bougie olivaire armée d'un fil fixé sur l'olive permettant d'extraire les calculs de l'urèthre; 3° appareil à chloroformiser; 4° aiguille tubulée à main légèrement courbée, présentant une petite plaque à l'une de ses extrémités qui permet de la saisir entre les doigts avec des pinces à torsion ou des pinces à forcipressure. | 762 |
| DEFONTAINE. — Attelle à pédales mobiles de Boeckel. | 466 |
| HORTELOUP. — Modèle de sonde en gomme élastique (au nom de MM. RONDEAU) | 131 |
| JALAGUIER. — Photophore clinique (au nom de M. Pierre BONNIER). | 194 |
| KIRMISSON. — Sonde vissée sur une bougie conductrice, et destinée à faciliter le passage du bout postérieur au bout antérieur, après l'uréthrotomie externe. | 690 |

| | Pages. |
|--|--------|
| LARGER. — Aiguille-crochet à sutures. | 466 |
| PÉRIER. — Minerve rattachée à un corset à tuteur. | 487 |
| POLAILLON. — Mensurateur de l'utérus (au nom de M. ASSAKY) | 35 |
| QUÉNU. — Installation de l'électricité au dispensaire Percire. | 528 |

LECTURES

| | |
|---|-----|
| FORGUE. — Cancer du sein. | 528 |
| LEBEC. — Grossesse extra-utérine de huit mois; menaces de rupture; laparotomie; mort de la mère en quelques heures. | 35 |
| LEPRÉVOST. — Procédé particulier de restauration de la cavité buccale après résection du maxillaire supérieur. | 484 |
| MARTIN (de Genève). — Hernie inguinale étranglée chez un enfant de 7 mois; ké'otomie; guérison. | 583 |
| MICHAUX. — Tumeur épithéliale du cæcum propagée au cordon. . . . | 547 |
| — Plaie de l'abdomen par balle de revolver. | 171 |
| NIMIER. — Luxation récidivante de la rotule en dehors. | 356 |
| POLAILLON. — Tumeur vasculaire de l'ombilic. | 235 |
| TACHARD. — Mégalodactylie congénitale de l'annulaire droit. | 146 |
| — Kyste hydatique de la rate. | 255 |

CORRESPONDANCE

| | |
|---|-----|
| ALBERT (de Vienne). — 1° La commotion cérébrale; 2° diagnostic de la strume maligne; 3° un cas particulier de déchirure du sac herniaire par le taxis; 4° étude sur la pression du cerveau; 5° un cas rare de maladie de la langue; 6° quelques observations sur les nerfs; 7° rapport annuel de la première clinique chirurgicale pour 1887. | 357 |
| — Arbeiten und Jahresbericht der ersten chirurgischen Universitäts-Klinik zu Wien (1888). | 765 |
| AMAT. — De l'eczéma curateur. | 729 |
| ANAGNOSTAKIS (d'Athènes). — La méthode antiseptique chez les anciens. | 618 |
| AUFFRET (de Brest). — Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage; gastrotomie suivie de guérison. | 566 |
| BANOT (de Montpellier). — Ectrodactylie symétrique. | 647 |
| BARTHÉLEMY et BERNARDY (de Tunis). — Nouveaux cas d'abcès du foie. | 423 |
| BAUDON (de Nice). — Plaies pénétrantes de l'abdomen avec lésion des viscères. | 38 |
| BEC (de Mezel). — Hernie de l'appendice vermiculaire de cæcum à travers une plaie du flanc droit. | 423 |
| BERGER. — Deux nouvelles opérations de blépharoplastie par la méthode italienne. | 713 |
| BERTHELOT. — 4 ^e livraison de la <i>Collection des anciens alchimistes grecs</i> | 172 |
| BERTHOMIER (de Moulins). — Plaie du creux poplité ayant intéressé tout le paquet vasculo-nerveux, etc. | 110 |
| BILLOT (médecin de l'armée). — Rhumatisme musculaire suppuré. . . . | 293 |
| BŒCKEL. — De la résection du genou. | 276 |
| BOUILLET (de Béziers). — Étude sur la valeur des différents moyens propres à déterminer l'âge de la vie intra-utérine au moment de la naissance | 132 |
| BOURSIER (de Bordeaux). — Cathétérisme. | 650 |

| | Pages. |
|--|--------|
| BOUSQUET (de Clermont-Ferrand). — Rupture complète de la portion membraneuse de l'urèthre par chute à califourchon; incision périnéale, etc.; guérison. | 147 |
| — Kyste du tibia droit, — polype naso-pharyngien à prolongements multiples; opération; mort. | 586 |
| CARLIER. — Le doigt à ressort. | 586 |
| CECCHERELLI (de Parme). — Sulla gastrostomia et il tannino nella tuberculosi ossei et articolare. | 292 |
| CELLIER (de Laval). — Anévrysme traumatique de l'humérale volumineux et ancien. | 467 |
| CHAMPOUILLON. — L'art de prendre les eaux. | 292 |
| CHAPUT. — Rupture du tendon du triceps; incision et suture sans drainage; guérison. | 744 |
| CHARVOT. — Étude clinique sur les coups de feu pénétrants de l'abdomen. | 293 |
| CHAUVEL. — Sur quatre cas d'abcès du foie traités par l'incision directe. | 647 |
| CHAVASSE. — Luxation congénitale de la rotule gauche en dehors, se produisant dans la flexion du genou. | 255 |
| — Nouveaux éléments de petite chirurgie. | 321 |
| — Ostéosarcome de l'humérus. | 713 |
| CHAVERNAC. — Histoire de l'Université d'Aix (1 ^{re} fascicule) | 386 |
| CHÉNIEUX (de Limoges). — Blessure du lobe frontal gauche par un éclat de canon de fusil; corps étranger. | 586 |
| — Tumeur volumineuse de la région fessière droite; hernie de l'ovaire; opération. | 753 |
| CHIBERT (de Clermont-Ferrand). — De l'oxycyanure de mercure; action chimique, antiseptique, antisiphilitique; sa supériorité sur le bichlorure de mercure. | 336 |
| CHIPAULT (d'Orléans). — Rupture du tendon sus-rotulien gauche dans les premiers jours de janvier 1889; sept mois après l'accident, le 13 juillet, suture du tendon avec la rotule; guérison; mouvements de flexion et d'extension récupérés; la marche est devenue facile. | 779 |
| CHOBANT (de Lyon). — Tarsectomie antérieure totale et partielle dans les cas pathologiques. | 224 |
| CONDAMIN et GANGOLPHE (de Lyon). — De la trépanation du bassin comme traitement de la psoré. | 744 |
| DARDE. — Fracture par divulsion de l'extrémité inférieure du péroné, traitée par les bains chauds. | 38 |
| DEFONTAINE. — De la suppression du drainage dans la résection du genou. | 172 |
| DELBET. — Pronostic et traitement des anévrysmes artério-veineux. | 648 |
| DEL CASTILLO-QUARTISELLERZ. — Sutura elastica et nuevo proceder para la resseccion del cuerpo del maxilar inferior. | 255 |
| DESPRÉS. — 1 ^{re} La 3 ^e édition de sa <i>Chirurgie journalière</i> ; 2 ^e la 3 ^e édition du <i>Dictionnaire de médecine et de thérapeutique</i> , publié en collaboration avec M. BOUCHUT. | 64 |
| DUMAS. — De la trépanation dans l'épilepsie. | 630 |
| DUMORET. — Laparo-hystéropexie contre le prolapsus utérin. | 744 |
| DURET (de Lille). — 1 ^{re} Sur un cas d'extrophie de la vessie; 2 ^e des relations pathologiques de la pelvi-péritonite et de la pyo-salpingite. | 668 |
| ÉRRARD (de Lyon). — De l'extirpation du cancer de la langue. | 713 |
| EHRMANN (de Mulhouse). — Des opérations plastiques sur le palais de l'enfant; leurs résultats éloignés. | 669 |

| | Pages. |
|---|--------|
| ESMARCH (Francis). — Ueber die Ätiologie und die Diagnose der bosartigen Geschwülste, etc | 752 |
| FÉLIX et STOCQUART (de Bruxelles). — Productions cornées du fourreau de la verge chez un garçon de dix ans; amputation par le couteau galvanique; guérison | 386 |
| FOREST-WILLARD (De). — Spinal caries; operative treatment; laminectomy | 647 |
| GAURON (de Pont-Saint-Maxence). — Impotence fonctionnelle du membre inférieur du genou. | 357 |
| GELLÉ (de Provins). — Kyste hydatique suppuré du foie à siège sous-diaphragmatique | 648 |
| — Empyème avec résection des côtes dans une pleurésie purulente; guérison. | 779 |
| GERRY BONNE (de Niedstetten). — Ueber das Fibrinferment und seine Beziehungen zum organismus. | 198 |
| GNIST (médecin de la marine). — Deux observations de plaies pénétrantes de l'abdomen. | 147 |
| GROSS, RÖHMER et VAUTRIN (de Nancy). — <i>Nouveaux éléments de pathologie et de clinique chirurgicale</i> (tome I ^{er}). | 650 |
| GRUOET et POISSON (de Nantes). — Note sur les malades traités à l'hôpital de Pen-Bron, de 1887 à 1889 | 729 |
| GUERMONPREZ. — Sur les symptômes de la fracture du calcanéum par écrasement. (V. Communication.) | 647 |
| HERYNG (de Varsovie). — Die elektrische Durchleitung der Highmorshöhle bei Empyem. | 669 |
| HEURTAUX (de Nantes). — 1 ^o Kyste sous-péritonéal probablement d'origine ovarique; 2 ^o pyélo-néphrite et phlegmon périnéphrétique avec néphrectomie suivie de guérison. | 198 |
| HOUZEL (de Boulogne-sur-Mer). — Cure des trajets fistuleux par l'électrolyse. | 256 |
| JABOULAY et LAGUAITE (de Lyon). — Nouveaux procédés pour pratiquer l'amputation istéo-plastique de l'arrière-pied. | 356 |
| JACOBI (de New-York). — Contributions to the anatomy and pathology of the thymus gland | 110 |
| JAMAIN et TERRIER (en collaboration avec BROCA et HARTMANN). — <i>Manuel de pathologie chirurgicale</i> (1 ^{re} fasc., t. IV, 3 ^e éd.). | 445 |
| JAMIN. — <i>Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires</i> (traduction d'après Henry THOMPSON). | 321 |
| JOSÉ DIAZ BENITO J. ANGULO (de Madrid). — Discurso leído en la solemne sesion inaugural del ano de 1889 en la Real Academia de Medicina. | 78 |
| LAGRANGE (de Bordeaux). — Du gliôme de la rétine. | 650 |
| — Un cas de résection orthopédique de la hanche pour une luxation pathologique | 668 |
| — Rétroversion utérine et latéro-version gauche; opération d'Alexander; guérison | 670 |
| — Plaie de l'abdomen par balle de revolver; abstention; guérison. | 753 |
| — Diverses brochures de chirurgie | 779 |
| LARABRIE (De) (de Nantes). — Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes de la muqueuse buccale. | 630 |
| LARDIER (de Rambervillers). — Des lipomes transformés ou dégénérés | 744 |

| | Pages. |
|--|--------|
| LARGEAU (de Niort). — Note sur un cas de sarcome fasciculé de l'utérus, traité par l'hystérectomie | 530 |
| LATOUCHE (d'Autun). — Cholécytite suppurée; cholécystotomie; extraction de 84 calculs; mort après deux mois | 132 |
| LE CLERC (de Saint-Lô). — Inversion utérine du fond de la matrice, traitée par la méthode de M. Périer | 566 |
| LE DENTU. — Affections chirurgicales des reins, des urètres et des capsules surrénales. | 383 |
| LEFORT. — <i>Manuel de médecine opératoire de Malgaigne</i> (9 ^e éd.) . . . | 445 |
| LENOIR (de Liège). — Tarsectomie postérieure dans les pieds bots même osseux. | 356 |
| LEPRÉVOST (du Havre). — Kyste hydatique de la rate, guéri par ponction capillaire | 110 |
| — 1 ^o Études sur les cystites hémorragiques; 2 ^o deux cas de sclérodermie semi-annulaire; 3 ^o un cas de scorbut sporadique de forme anormale; 4 ^o kyste hydatique de la rate et du foie, etc. | 566 |
| LEROY (de Villiers-le-Bel). — Hernie inguinale chez un enfant de 3 mois et demi. | 38 |
| LÉVI. — De l'ostéopériostite externe primitive de l'apophyse mastoïde. | 713 |
| LEWIS-STIMSON. — On gunshot wounds of the abdomen, with especial reference to wounds of the intestines; on some modifications in the technique of abdominal surgery. | 752 |
| LOPE. — Sur l'origine infectieuse du tétanos des nouveau-nés. | 357 |
| LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Étude de la cure radicale de la hernie non étranglée, avec statistique de 120 opérations. | 38 |
| MARTIN. — De la prothèse immédiate appliquée à la résection des maxillaires, etc. | 629 |
| MONOD et TERRILLON. — Traité des maladies du testicule et de ses annexes | 110 |
| MOURE (de Bordeaux). — Amygdalotomie et hémorrhagie | 669 |
| MOULINGUET (d'Amiens). — Taille hypogastrique pour calcul vésical; panniculite suppurée | 744 |
| NEUGEBAUER (de Varsovie). — Le nouveau bassin spondylolisthétique de Breslau — Spondylizéma ou spondylolisthésis? — Casuistique de 165 fistules vésico-utérines | 647 |
| NICAISE. — Physiologie de la trachée et des bronches. | 765 |
| NIMIER. — Histoire chirurgicale de la guerre au Tonkin et de Formose. | 586 |
| ONIMUS. — Sur le traitement des fibromes utérins par l'électricité. | 566 |
| PAGE. — De l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire. | 199 |
| PATEIN. — De l'albuminurie consécutive aux inhalations chloroformiques | 231 |
| PATOUREAU (de Nantes). — Note sur un hyste de la capsule du rein gauche; néphrectomie. | 744 |
| PEREIRA GUIMAREZ. — 1 ^o Luxation totale de la clavicule gauche; 2 ^o calcul vésical avec taille hypogastrique, etc.; rupture de la cicatrice; 3 ^o hématome ancien; 4 ^o note relative à un cas d'aînhum avec le moulage du pied. | 38 |
| — Tétanos céphalique avec paralysie faciale à droite; guérison | 692 |
| PRÉCHAUD (de Bordeaux). — Maladies chirurgicales de l'enfance. | 38 |
| POISSON. — Deux cas de tumeur fibro-kystique suppurée de l'utérus | 648 |
| PONSSON. — Traitement chirurgical de l'extrophie de la vessie | 224 |
| PSALTOFF (de Smyrne). — Empyème datant de vingt-quatre ans, avec plaques osseuses. | 31 |

| | Pages. |
|--|--------|
| RAUGÉ. — L'irritation naso-pharyngienne. | 357 |
| REVERDIN (de Genève). — Des sutures perdues dans quelques opérations plastiques; de l'emploi du naptol dans les pansements. | 255 |
| ROHMER (de Nancy). — Oophorectomie. | 31 |
| ROMNICIANO (de Bucarest). — Compte rendu du service chirurgical de l'hôpital des enfants de Bucarest | 467 |
| — L'intervention chirurgicale dans les cas de pied bot varus et varus équin congénital | 714 |
| ROUX (de Lausanne). — 1° A propos de la cocaïne; 2° note sur la créoline (crésyl); 3° de l'accès aux organes pelviens par la voie sacrée; 4° opération d'Alexander-Adams | 648 |
| SCHMIT. — De l'ostéome des muscles de la cuisse chez les cavaliers . . | 336 |
| — Des calculs salivaires. | 609 |
| SOUBBOTITCH (de Belgrade). — Un cas d'opération de kyste du pancréas. | 647 |
| TESTUT (de Lyon). — L'apophyse sus-épitrochléenne de l'humérus au point de vue chirurgical. | 276 |
| TILLAUD. — <i>Traité de chirurgie pratique</i> (2 ^e vol. in-8 ^e). | 383 |
| VALUDE. — De la restauration des paupières; des avantages de la greffe cutanée | 713 |
| VIDAL (de Grasse). — Note sur un cas de fragmentation spontanée de calculs vésicaux | 410 |
| VILLENEUVE (de Marseille). — Statistique des opérations pratiquées à l'hôtel-Dieu de Marseille | 692 |

ACTES DE LA SOCIÉTÉ

| | |
|--|-----|
| SÉANCE ANNUELLE. — Allocution de M. Polaillon, président sortant. . . | 1 |
| — Compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1888, par M. Ch. Monod. | 5 |
| — Notice sur la vie et les travaux du professeur Giraud-Toulon, par M. Chauvel. | 15 |
| — Prix décernés pour l'année 1888 (Prix Duval et Laborie). | 30 |
| — Prix à décerner en 1889 (Prix Duval, Laborie, Gerdy et Demarquay). | 30 |
| ÉLECTION de membres correspondants nationaux (MM. Auffret, Charvot, Defontaine, Dubois, Nepveu, Tripiet, Hache, Ovion). | 35 |
| — de deux correspondants étrangers (MM. Assaky, Chiene). | 36 |
| — Allocution de M. Le Dentu. | 36 |
| ÉLECTION sur la demande d'honorariat de M. Lannelongue. Il est nommé membre honoraire. | 77 |
| ÉLECTION d'une commission pour l'examen des candidats à la place de membre titulaire (MM. Jalaguier, Monod, Terrillon). | 356 |
| — d'un membre titulaire (M. Brun). | 465 |
| — d'une commission pour la nomination de correspondants nationaux (MM. Horteloup, Reclus, Nicaise, Schwartz). | 509 |
| — de quatre correspondants nationaux (Nimier, Piéchaud, Leprévost, Rohmer). | 508 |
| — d'une commission pour l'examen des titres des candidats à la place vacante de membre titulaire (MM. Tillaud, Kirmisson, Brun). | 728 |
| — de M. Després comme membre honoraire. | 730 |
| — d'une commission pour l'examen des titres des candidats : 1° au titre de correspondant national (MM. Berger, Jalaguier, Polaillon, De- | |

| | Pages. |
|---|--------|
| lens); 2* au titre de correspondants étrangers (MM. Le Fort, Terrier, Pozzi, Kirmisson) | 752 |
| — de M. Gérard-Marchand comme membre titulaire. | 753 |
| — du bureau pour 1890 (MM. Nicaise, <i>président</i> ; Terrier, <i>vice-président</i> ; Monod, <i>secrétaire général</i> ; Marchand, <i>secrétaire annuel</i> ; Richelot, <i>vice-secrétaire</i> ; Reclus, <i>archiviste-bibliothécaire</i> ; Schwartz, <i>trésorier</i>). | 787 |

NÉCROLOGIE

| | |
|---|-----|
| MORT DE M. DENUCÉ (de Bordeaux). | 224 |
| — — DONNERS (d'Utrecht). | 276 |
| — — LEGOUËST, ancien président de la Société. | 198 |
| — — ORÉ (de Bordeaux). — Allocution de M. Le Dentu. | 648 |
| — — POULET, agrégé du Val-de-Grâce. | 31 |
| — — RICORD. — Allocution prononcée par M. Nicaise, président. | 669 |

TABLE ALPHABÉTIQUE

A

Pages.

| | |
|--|-----|
| Abcès de la surface du cerveau du côté gauche provoquant une monoplégie brachiale droite, avec aphasie et paralysie faciale sans paralysie de l'orbiculaire; trépanation, ponction et ouverture de l'—; disparition rapide des accidents; amélioration passagère; mort cinq jours après l'opération (TERRILLON). <i>Comm.</i> | 555 |
| Discussion (Anger, Championnière, Terrillon). | 561 |
| — Sur quatre cas d'— du foie traités par l'incision directe (CHAUVEL). <i>Corresp.</i> | 647 |
| — Trépanation du bassin pour le traitement des — chroniques de la fosse iliaque et du bassin (TERRILLON). <i>Comm.</i> | 699 |
| Discussion (Kirmisson, Bouilly, Després, Le Dentu, Terrillon). | 705 |
| Abdomen. Sur les plaies de l'— par coup de feu (RECLUS). <i>Comm.</i> | 132 |
| Discussion (Terrier, Kirmisson, Périer, Berger, Championnière, Trélat, Reclus). | 139 |
| — Deux observations de plaies pénétrantes de l'— (GNIST). <i>Corresp.</i> | 147 |
| — Plaie de l'— par balle de revolver (MICHAMX). <i>Lect.</i> | 171 |
| — Plaie non pénétrante de l'— par balle de revolver (MICHAMX). (V. <i>Rapport</i> par BERGER). | 236 |
| Discussion (Marc Sée, Reclus, Chauvel, Terrier). | 239 |
| — Étude clinique sur les coups de feu pénétrants de l'— (CHARVOT). <i>Corresp.</i> | 298 |
| — Observations de plaies pénétrantes de l'— (GUERT). (V. <i>Rapport</i> par CHAUVEL). | 468 |
| — Sur le traitement des plaies pénétrantes de l'— par la laparotomie (BERGER) (à propos du procès-verbal). | 744 |
| Discussion (Le Fort, Sée, Berger). | 746 |
| — Plaie de l'— par balle de revolver; abstention; guérison (LAGRANGE). <i>Corresp.</i> | 753 |
| Accès aux organes pelviens par la voie sacrée (ROUX). <i>Corresp.</i> | 648 |
| Adénite pelvienne suppurée; laparotomie; extirpation de la tumeur ganglionnaire; guérison (TERRIER). <i>Comm.</i> | 551 |
| Discussion (Pozzi, Championnière, Terrier). | 555 |
| Adéno-lymphocèle probable du cou et de l'aisselle. <i>Présent de mal.</i> par ANGER. | 320 |

| | Pages. |
|---|--------|
| Affections chirurgicales des reins, des uretères et des capsules surrénales (LE DENTU). <i>Corresp.</i> | 386 |
| Aiguille-crochet à sutures. <i>Présent. d'instr.</i> par LARGER. | 466 |
| — tubulée à main légèrement courbée, présentant une petite plaque à l'une de ses extrémités, qui permet de la saisir entre les doigts avec des pinces à torsion ou des pinces à forcipressure. <i>Présent. d'instr.</i> par CRÉQUY. | 762 |
| Ainhum. Note relative à un cas d' — avec le moulage du pied (PEREIRA GUIMAREZ). <i>Corresp.</i> | 38 |
| — Sur une observation d' —. <i>Rapport</i> par RECLUS. | 428 |
| Discussion (Trélat, Lannelongue). | 436 |
| Albuminurie. De l' — consécutive aux inhalations chloroformiques. | 321 |
| Amande de dragée ayant séjourné cinq jours dans les voies aériennes. <i>Présent. de pièce</i> par JALAGUIER. | 222 |
| Amputation intra-calcanéenne horizontale pour un mal perforant récidivé (CHAPUT). (V. <i>Rapport</i> par CHAUVEL.) | 609 |
| — médio-tarsienne par la méthode en raquette. — <i>Présent. de mal.</i> par BERGER | 646 |
| Amygdalotomie et hémorrhagie (MOURE). <i>Corresp.</i> | 669 |
| Anévrysme artério-veineux. <i>Présent. de pièce</i> par TRÉLAT. | 38 |
| — de l'artère sous-clavière gauche traité par les courants continus (VALLADARES). (V. <i>Rapport</i> par NÉLATON.) | 115 |
| Discussion (Terrier, Kirmisson, Sée, Verneuil, Nélaton). | 116 |
| — artério-veineux des vaisseaux poplités (TRÉLAT). <i>Comm.</i> | 153 |
| Discussion (Reclus, Trélat). | 157 |
| — traumatique de l'humérale, volumineux et ancien; extirpation; guérison. | 491 |
| Discussion (Championnière, Després, Terrier, Trélat). | 494 |
| — poplité. <i>Présent. de pièce</i> par ROUTIER | 507 |
| — spontané du pli du coude chez un cardiaque albuminurique; guérison de l'anévrysme; mort de l'opéré (PLUYETTE). (V. <i>Rapport</i> par TERNIER.) | 509 |
| Discussion (Quénu, Terrier). | 513 |
| — Pronostic et traitement des anévrysmes artério-veineux (DELBET). <i>Corresp.</i> | 648 |
| — poplité guéri par la compression; persistance, après deux ans et neuf mois, d'une paralysie des extenseurs, survenue au cours du traitement (EHRMANN). <i>Comm.</i> | 650 |
| Discussion (Reclus, Després, Ehrmann, Peyrot). | 655 |
| — poplité. <i>Présent. de pièce</i> par TRÉLAT | 743 |
| — de la fémorale; extirpation du sac. <i>Présent. de pièce</i> par BAZY. | 762 |
| — Sur une observation d' — cirsoïde de la main. <i>Rapport</i> par ROUTIER. | 779 |
| Discussion (Quénu, Polaillon, Tillaux, Prengrueber, Trélat, Le Dentu, Pozzi, Peyrot). | 781 |
| Angiome de la langue chez une jeune fille de 22 ans. <i>Présent. de pièce</i> par MANTEL. | 272 |
| Ankyloglosse totale datant de 17 ans. <i>Présent. de mal.</i> par ROUTIER. | 707 |
| Appareil à soulèvement des malades dit « Pantocome ». <i>Présent. d'instr.</i> par BECK. | 488 |
| — à chloroformiser. <i>Présent. d'instr.</i> par CRÉQUY. | 763 |

| | Pages. |
|---|--------|
| Articulation. Malade amputé dans l' — de Lisfranc. <i>Présent. de mal.</i> par CHAUVEL. | 131 |
| Arthrodèse pour pied bot paralytique (DEFONTAINE). <i>Comm.</i> | 453 |
| Discussion (Routier, Schwartz, Terrier, Defontaine). | 456 |
| Attelles à pédales mobiles de Bœckel. <i>Présent. d'instr.</i> par DEFONTAINE. | 466 |

B

| | |
|---|-----|
| Balle de plomb déformée par compression et portant l'empreinte d'un tissu (GRIPAT). (V. <i>Rapport</i> par CHAUVEL.) | 201 |
| — Extraction d'une — logée dans le rocher du côté droit; guérison (KIRMISSON). <i>Comm.</i> | 562 |
| Discussion (Chauvel, Reynier, Kirmisson). | 565 |
| Bassin. Le nouveau — spondylolisthétique de Breslau. (NEUGEBAUER). <i>Corresp.</i> | 647 |
| Blépharoplastie. Deux nouvelles opérations de — par la méthode italienne modifiée (BERGER). <i>Corresp.</i> | 713 |
| Bougie olivaire armée d'un fil fixée sur l'olive, permettant d'extraire les calculs de l'urèthre. <i>Présent. d'instr.</i> par CRÉQUY. | 762 |
| Brochures diverses de chirurgie (LAGRANGE). <i>Corresp.</i> | 779 |

C

| | |
|---|-----|
| Calcul vésical avec taille hypogastrique (PERRIRA GUIMAREZ). <i>Corresp.</i> | 38 |
| — Note sur un cas de fragmentation spontanée de — vésicaux (VIDAL). <i>Corresp.</i> | 110 |
| — Gros — vésical chez un vieillard de 80 ans; taille hypogastrique; suture complète de la vessie; drainage pré-vésical; guérison. <i>Présent. de pièce</i> par Pozzi. | 315 |
| Discussion [(Segond)] | 317 |
| — salivaires (SCHMIT). <i>Corresp.</i> | 609 |
| Cancer du sein (FORGUS). <i>Lect.</i> | 528 |
| — ganglionnaire primitif. <i>Présent. de pièce</i> par COMBAUD. | 668 |
| — annulaire de la partie supérieure du rectum; résection par la voie sacrée (Kraske) de 10 centimètres d'intestin, avec conservation du sphincter (ROUTIER). <i>Comm.</i> | 676 |
| Discussion (Després, Pozzi, Routier) | 684 |
| — De l'extirpation du — de la langue (EBBARD). <i>Corresp.</i> | 713 |
| Cancroïde de l'angle externe de l'œil. <i>Présent. de mal.</i> par MONOD. | 63 |
| Chirurgie. Nouveaux éléments de petite — (CHAVASSE). <i>Corresp.</i> | 321 |
| — Traité de — clinique (TILLAUX). <i>Corresp.</i> | 386 |
| Chloroformisation. De la — (REYNIER). <i>Comm.</i> | 618 |
| Discussion (L. Championnière, Polaillon, Terrier). | 623 |
| Cholécystite suppurée (LATOCHE). <i>Corresp.</i> | 132 |
| — calculeuse suppurée; cholécystotomie; mort au bout de deux mois par troubles hépatiques (LATOCHE). (V. <i>Rapport</i> par TERRILLON.) | 208 |
| Discussion (Terrier, Jalaguier) | 214 |

| | Pages. |
|--|--------|
| Cholécystotomie. Deux observations de — (TERRILLON). <i>Comm.</i> . . . | 227 |
| Clavicule. Extirpation de la — (DESPRÉS). <i>Comm.</i> . . . | 143 |
| Discussion (Segond, Marchand, Polaillon). | 144 |
| — Tumeur de la — droite (ostéosarcome central); résection totale de la clavicule. <i>Présent. de mal.</i> par DESPRÉS | 226 |
| Cocaine. A propos de la — (ROUX). <i>Corresp.</i> | 648 |
| Contusion du cerveau dont les lésions anatomiques ne sont pas en rapports avec les données physiologiques actuelles sur les centres moteurs (TILLAUX). <i>Comm.</i> à propos du procès-verbal | 566 |
| Discussion (Berger, Pozzi, Kirmisson, Terrillon, Championnière, Tillaux) | 568 |
| Créoline. Note sur la — (crésyl) (ROUX). <i>Corresp.</i> | 648 |
| Creux poplité. Plaie du — ayant intéressé tout le paquet vasculo-nerveux, etc. (BERTHOMIER). <i>Corresp.</i> | 110 |
| Cystite. Étude sur les — hémorrhagiques (LEPRÉVOST). <i>Corresp.</i> . . . | 566 |

D

| | |
|---|-----|
| Déviation utérines. Du traitement des déplacements et des — par le raccourcissement des ligaments ronds (opération d'Alexander) (SCHWARTZ). <i>Comm.</i> | 241 |
| Discussion (Championnière, Bouilly, Quénu, Richelot, Schwartz) . . | 253 |
| (Trélat, Bouilly, Segond) | 256 |
| (Championnière, Terrier, Terrillon, Trélat) | 276 |
| (Bouilly, Pozzi, Terrier) | 293 |
| Doigt à ressort (CARLIER). <i>Corresp.</i> | 586 |
| Drainage. Suppression du — dans la résection du genou (DEFONTAINE). <i>Corresp.</i> | 172 |
| Discussion (Championnière, Routier) | 173 |
| — De la suppression du — dans les grandes opérations chirurgicales (BOECKEL). <i>Comm.</i> | 358 |
| Discussion (Segond, Ollier, Quénu, Reclus, Berger, Sée, Böckel) . | 380 |
| (Nicaise, Championnière, Després, Kirmisson, Terrier, Sée) . . . | 387 |

E

| | |
|---|-----|
| Eaux. Art de prendre les — (CHAMPOUILLON). <i>Corresp.</i> | 292 |
| Ectopie testiculaire simple ou compliquée de hernie congénitale; son traitement par la célorrhaphie (TRUFFIER). (V. <i>Rapport</i> par CHAMPIONNIÈRE.) | 341 |
| Discussion (Monod, Berger, Reclus, Quénu, Schwartz, Jalaguier, Routier, Terrillon, Segond, Trélat, Championnière) | 321 |
| Ectrodactylie symétrique (BANIOT). <i>Corresp.</i> | 647 |
| Électricité. Installation de l'— au dispensaire Pereire. <i>Présent. de pièce</i> par QUÉNU. | 528 |
| Empyème datant de vingt-quatre ans, avec plaques ossuses (PSALTOFF). <i>Corresp.</i> | 31 |

| | Pages. |
|---|--------|
| — avec résection des côtes dans une pleurésie purulente; guérison (GELLÉ). <i>Corresp.</i> | 779 |
| Enfance. Maladies chirurgicales de l'— (PIÉCHAUN). <i>Corresp.</i> | 38 |
| Éperon. Section extemporanée de l'— dans la cure de l'anus contre nature. | 399 |
| Épilepsie. De la trépanation dans l'— (DUMAS). <i>Corresp.</i> | 630 |
| Éther. Injection d'— iodoformé dans un abcès froid (GAILLARD). (V. <i>Rapport</i> par ROUTIER.). | 71 |
| Exophthalmie. Malade atteinte d'—. <i>Présent. de mal.</i> par MONON. | 585 |
| Discussion (Sée, Le Dentu). | 585 |
| Extrophie de la vessie (PONSSON). <i>Corresp.</i> | 224 |
| — Sur un cas d'— de la vessie (DURET). <i>Corresp.</i> | 668 |
| Extension. De l'— continue dans les affections du membre inférieur; nouvel appareil pour son application (LANNELONGUE). <i>Comm.</i> | 168 |
| Extirpation des corps fibreux par morcellement par la voie vaginale. | 423 |
| Discussion (Guéniot, Segond, Pozzi, Després). | 423 |
| (Terrillon, Championnière, Terrier, Pozzi). | 445 |
| — du rectum par la voie sacrée. <i>Présent. de pièce</i> par ROUTIER. | 686 |

F

| | |
|---|-----|
| Fibromes. Ablation, par la voie vaginale, des — utérins volumineux interstitiels et à large base d'implantation (TERRILLON). <i>Comm.</i> | 405 |
| Discussion (Bouilly). | 419 |
| — volumineux calcifié de la paroi abdominale antérieure chez un jeune homme; extirpation avec ouverture du péritoine; guérison. | 442 |
| — Sur le traitement des — utérins (CHAMPIONNIÈRE et DANOU). <i>Comm.</i> | 470 |
| Discussion (Bouilly, Schwartz, Kirmisson, Segond, Le Dentu) | 495 |
| (Trélat, Berger, Tillaux) | 514 |
| (Nicaise, Terrillon, Polailon, Championnière) | 530 |
| (Terrier). | 548 |
| — Sur le traitement des — utérins par l'électricité (ONIMUS). <i>Corresp.</i> | 566 |
| — Note sur le traitement des — par l'électricité. <i>Rapport</i> par LE DENTU. | 630 |
| Discussion (Després). | 631 |
| — Grossesse de quatre mois; gros — utérin; myomotomie. <i>Présent. de pièce</i> par ROUTIER. | 727 |
| Fibro-sarcome de l'ovaire. <i>Présent. de pièce</i> par MONON. | 728 |
| Fistule. Oblitération d'une — rénale par un nouveau procédé. <i>Présent. de malade</i> par TRUFFIER. | 743 |
| Fracture par divulsion de l'extrémité inférieure du péroné (DARNE). <i>Corresp.</i> | 38 |
| — compliquée du coude gauche; résection irrégulière; guérison. <i>Présent. de malade</i> par ROUTIER. | 192 |
| Discussion (Marchand) | 193 |
| — Note sur les propriétés résolutives de l'eau chaude appliquée au traitement des — périarticulaires (DARNE). (V. <i>Rapport</i> par CHAUVEL.). | 179 |
| — Pièce relative à une — du crâne; déductions sur la trépanation primitive dans ses rapports avec les localisations cérébrales. <i>Présent. de pièce</i> par KIRMISSON. | 626 |
| Discussion (L.-Championnière, Kirmisson). | 629 |

| | Pages. |
|--|--------|
| — Sur les symptômes de la — du calcanéum par écrasement (GUERMONPREZ). <i>Corresp.</i> | 647 |
| — du calcanéum par écrasement (BALLENGHIEN et GUERMONPREZ). <i>Corresp.</i> | 649 |
| — du cou-de-pied ancienne. <i>Présent. de mal.</i> par CHAUVEL. | 664 |
| Discussion (Tillaux, Chauvel, Peyrot, Terrier). | 664 |
| — pathologique du maxillaire inférieur; tuberculose sénile (TACHARD). <i>Comm.</i> | 775 |

G

| | |
|--|-----|
| Gangrène du ponce à la suite d'un bain phéniqué. <i>Présent. de mal.</i> par MONOD. | 394 |
| Discussion (Kirmisson, Terrier, Quénu, Nicaise, Le Dentu, Chauvel). | 395 |
| Gastro-entérostomie. Sur deux observations de — (Roux, de Lannanne). (<i>Rapport</i> par MONOD.). | 572 |
| — pour un cancer de l'estomac (Pozzi). <i>Observat.</i> à propos du procès-verbal. | 586 |
| Gastrotomie pour fourchette arrêtée dans l'estomac; suture de la plaie stomacale et réduction immédiate. <i>Présent. de mal.</i> par TERRIER. | 436 |
| Discussion (Ollier, Polaillon, Terrier). | 441 |
| Genu valgum. Opération d'Ogston pour un —. <i>Présent. de mal.</i> par PÉRIER. | 422 |
| Glande. Sur les altérations de la — sous-maxillaire consécutive à la lithiase salivaire (BERGER). <i>Comm.</i> | 509 |
| Discussion (Després). | 608 |
| — Recherches sur les tumeurs mixtes des — de la muqueuse buccale (LARABRIE). <i>Corresp.</i> | 630 |
| Grefte cutanée à l'aide de grands lambeaux (procédé de Thiersch). <i>Présent. de mal.</i> par MONOD. | 63 |
| — dermo-épidermique à grands lambeaux. <i>Présent. de mal.</i> par JALAGUIER. | 775 |
| Discussion (Berger, Quénu, Le Fort, Brun, Pozzi, Segond, Le Dentu, Peyrot) | 777 |
| Grossesse extra-utérine (LENEC). <i>Lecture.</i> | 35 |
| — extra-utérine; ablation totale; guérison. <i>Présent. de pièce</i> par QUÉNU. | 318 |
| — tubaire; laparotomie. <i>Présent. de pièce</i> par BOUILLY. | 762 |
| Discussion (Terrillon). | 764 |

H

| | |
|--|-----|
| Hématome ancien (PEREIRA GUIMAREZ). <i>Corresp.</i> | 38 |
| Hernie. Cure radicale de la — non étranglée (L.-CHAMPIONNIÈRE). <i>Corresp.</i> | 38 |
| — inguinale étranglée chez un enfant de trois mois et demi (LEROY). <i>Corresp.</i> | 38 |
| étranglée (MARTINET). (V. <i>Rapport</i> par ANGER.) | 151 |

| | Pages. |
|---|--------|
| Histoire de l'Université d'Aix (CHAVERNAC). <i>Corresp.</i> | 386 |
| — chirurgicale de la guerre au Tonkin et de Formose (NIMIER). <i>Corresp.</i> | 586 |
| Hydrocèle congénitale avec ectopie testiculaire inguinale du côté droit. | |
| — <i>Présent. de mal.</i> par KIRMISSON. | 583 |
| Discussion (Championnière, Pozzi, Richelot) | 584 |
| Hydro-méningocèle volumineuse de la région occipitale chez un enfant nouveau-né. <i>Présent. de mal.</i> par GUÉNIOT. | 625 |
| Discussion (Périer, Championnière). | 627 |
| Hystéropexie. Deuxième observation d'— pour chute de l'utérus, compliquée d'une tumeur de la trompe (TERRIER). <i>Comm.</i> | 83 |
| — vaginale (RICHELOT). <i>Comm.</i> | 765 |
| Discussion (Pozzi, Quénu, Championnière, Bouilly, Trélat, Tillaux, Richelot). | 771 |

I

| | |
|--|-----|
| Impuissance congénitale guérie par l'opération du varicocèle (JAMIN). (V. <i>Rapport</i> par SEGOND.) | 175 |
| Discussion (Berger, Terrier, Championnière, Quénu, Horteloup, Reclus, Le Dentu, Segond). | 180 |
| Inversion utérine pour tumeur du fond de la matrice, traitée par la méthode de M. Périer (LE CLERC). <i>Corresp.</i> | 566 |

K

| | |
|--|-----|
| Kyste dermoïde de la fente intermaxillaire (LANNELONGUE). <i>Comm.</i> | 72 |
| Discussion (Quénu, Trélat, Peyrot, Lannelongue) | 76 |
| — dermoïde de la joue droite développé au niveau de la fente intermaxillaire (LANNELONGUE). <i>Comm.</i> | 108 |
| — hydatique de la rate, guéri par ponction capillaire (LEPRÉVOST). <i>Corresp.</i> | 110 |
| — sous-péritonéal probablement d'origine ovarique (HEURTAUX). <i>Corresp.</i> | 198 |
| — hydatique de la rate (TACHARD). <i>Lect.</i> | 255 |
| — hydatique de la rate, guéri à la suite d'une ponction capillaire pratiquée avec la seringue de Pravaz (LEPRÉVOST). (V. <i>Rapport</i> par SEGOND.) | 279 |
| — hydatique suppuré du foie, guéri par l'incision large en un seul temps (LEPRÉVOST). (V. <i>Rapport</i> par SEGOND.) | 279 |
| Discussion (Terrillon, Terrier, Championnière). | 286 |
| — hydatique suppuré de la rate évacué par les bronches; incision par la voie transpleurale; guérison (QUÉNU). <i>Comm.</i> | 295 |
| — Sur le traitement des — hydatiques du foie (RICHELOT). <i>Comm.</i> | 298 |
| Discussion (Delens, Bouilly, Tillaux, Richelot, Routier, Pozzi, Schwartz, Monod, Marchand, Reclus, Segond). | 305 |
| — Sous-péritonéal probablement d'origine ovarique (HEURTAUX). <i>Comm.</i> | 314 |
| — hydatique de la rate et du foie (LEPRÉVOST). <i>Corresp.</i> | 566 |
| — du tibia droit, — polype naso-pharyngien à prolongements multiples; opération; mort (BOUSQUET). <i>Corresp.</i> | 586 |

| | Pages. |
|---|--------|
| — dermiques congénitaux et fistule de la rainure coccygienne (Després). <i>Comm.</i> | 614 |
| Discussion (Terrillon, Després, Kirmisson, Routier, Schwartz) | 616 |
| — du tibia droit (Bousquet). <i>Comm.</i> | 617 |
| — Un cas d'opération de — du pancréas (Subbotitch). <i>Corresp.</i> | 647 |
| — hydatique suppuré du foie à siège sous-diaphragmatique (Gellé). <i>Corresp.</i> | 648 |
| — Note sur un — de la capsule du rein gauche; néphrectomie (Patoureau). <i>Corresp.</i> | 744 |

L

| | |
|--|-----|
| Laparo-hystéropexie contre le prolapsus utérin (Dumoret). <i>Corresp.</i> . . | 744 |
| Laparotomie pour péritonite tuberculeuse. <i>Présent. de mal.</i> par Vautrin. | 431 |
| Lipomes transformés ou dégénérés (Lardier). <i>Corresp.</i> | 744 |
| Lithiase. De l'intervention chirurgicale dans la — biliaire (Page). <i>Corresp.</i> | 499 |
| Lobe frontal blessé par un éclat de canon de fusil; corps étranger (Chénieux). <i>Corresp.</i> | 586 |
| Luxation totale de la clavicule gauche (Pereira Guimarez). <i>Corresp.</i> . | 38 |
| — tarso-métatarsienne (Nimier). (V. <i>Rapport</i> par Chauvel.) | 57 |
| Lymphadénome énorme du cou. — <i>Présent. de mal.</i> par Reclus. . . | 706 |
| Discussion (Quénu, Terrier, Reclus) | 707 |
| — Traitement des — cervicaux par l'arsenic à haute dose (Reclus, à propos du procès-verbal) | 714 |
| Discussion (Prengueber, Quénu, Routier, Verneuil, Terrier, Trélat). . | 723 |
| — Traitement des — ou lymphomes (Berger). <i>Comm.</i> | 731 |
| Discussion (Humbert, Quénu, Championnière, Reclus, Terrier). . . | 734 |

M

| | |
|---|-----|
| Mégalo-dactylie. Observation de — l'annulaire droit (Tachard). (V. <i>Rapport</i> par Chauvel.) | 468 |
| Méthode antiseptique chez les anciens (Anagnostakis). <i>Corresp.</i> . . . | 648 |
| Minerve rattachée à un corset à tuteur. <i>Présent. d'appareil</i> par Périer. | 487 |
| Myomes. Ablation des — de l'utérus pédiculés et douloureux par la laparotomie (Terrillon). <i>Comm.</i> | 417 |
| Discussion (Després, Routier, Terrier, Championnière, Terrillon). . | 429 |

N

| | |
|--|-----|
| Néoplasmes. Traitement chirurgical des — perforants de la voûte du crâne (Pousson). (V. <i>Rapport</i> par Kirmisson.) | 631 |
| Discussion (Tillaux, Kirmisson, Marchand) | 635 |

| | Pages. |
|---|--------|
| Néphrectomie pour rein calculeux. — <i>Prés. de pièce</i> par MONOD . . . | 396 |
| Névralgie testiculaire. — <i>Présent. de mal.</i> par PÉRIER | 484 |
| Nez. Sur l'abaissement du — par ostéotomie verticale et bilatérale des os du — (OLLIER). <i>Comm.</i> | 597 |
| Discussion (Trélat, Ollier) | 398 |
| Notice sur un nouvel appareil de pansement pour les blessés de guerre (PATIN). (V. <i>Rapport</i> par CHAUVEL.) | 673 |

O

| | |
|--|-----|
| Occlusion. Procédé pour obtenir l' — des fistules trachéales par autoplastie. — <i>Présent. de mal.</i> par BERGER | 684 |
| Discussion (Kirmisson, Anger) | 690 |
| Ombilic. Tumeur vasculaire de l' — (POLAILLON). <i>Lect.</i> | 235 |
| Ongle incarné (ANGER). <i>Comm.</i> | 594 |
| Oophorectomie. Observation d' — (ROHMER). <i>Corresp.</i> | 31 |
| Opération de Wladimiroff-Mikulicz (BERGER). <i>Comm.</i> | 187 |
| — césarienne; enfant vivant; guérison de la mère (BOUILLY). <i>Comm.</i> . | 215 |
| Discussion (Guéniot, Le Dentu, Marchand, Bouilly). | 218 |
| — de Wladimiroff-Mikulicz. — <i>Présent. de mal.</i> par CHAPUT | 220 |
| — des ligaments ronds (raccourcissement des ligaments ronds) (RICHE- LOR). <i>Comm.</i> | 268 |
| — d'Alexander-Adams (ROUX). <i>Corresp.</i> | 648 |
| — plastiques sur le palais de l'enfant; leurs résultats éloignés (EHRMANN). <i>Corresp.</i> | 669 |
| Oreille. Plaie derrière l' — ayant occasionné le coma et ensuite du délire et de l'agitation pendant quatre jours. — <i>Présent. de mal.</i> par RECLUS | 109 |
| — Effets produits sur l' — par la détonation des armes à feu (NIMIER). (V. <i>Rapport</i> par CHAUVEL.) | 336 |
| Ostéite du frontal et fongosités tuberculeuses de la dure-mère; ablation de l'os et de la dure-mère malades; guérison. — <i>Présent. de mal.</i> par DELORME | 583 |
| Ostéome des muscles de la cuisse chez les cavaliers (SCHMIT). <i>Corresp.</i> | 336 |
| Ostéopériostite externe primitive de l'apophyse mastoïde (LÉVI). <i>Corresp.</i> | 713 |
| Ostéosarcome. Extirpation de la clavicule pour —. <i>Présent. de mal.</i> par DESPRÉS. | 256 |
| — de l'humérus (CHAVASSE). <i>Corresp.</i> | 713 |
| Ovariectomie. Cinquième série de trente-cinq — pour kystes de l'ovaire (TERRILLON). <i>Comm.</i> | 457 |
| Discussion (Terrier, Terrillon) | 465 |
| Oxycyanure. De l' — de mercure; action chimique, antiseptique, syphilitique; sa supériorité sur le bichlorure de mercure (CHIBRET). <i>Corresp.</i> | 336 |

P

| | |
|---|-----|
| Pansement destiné aux premiers soins à donner aux blessés militaires. <i>Présent.</i> par RICHELOR | 276 |
|---|-----|

| | Pages. |
|--|--------|
| Paupières. De la restauration des —; avantages de la greffe cutanée (VALUDE). <i>Corresp.</i> | 713 |
| Pelote de fils brouillés fixée par un fil plus fort et permettant d'extraire les corps étrangers de l'œsophage. — <i>Présent. d'instr.</i> par CRÉQUY | 762 |
| Pelvi-péritonite. Des relations de la — et de la pyo-salpingite (DURET). <i>Corresp.</i> | 668 |
| Périarthritite. Sur une variété de — du genou; inflammation de la bourse séreuse située sous le ligament rotulien (TERRILLON). <i>Comm.</i> | 656 |
| Discussion (Nicaise, Després, Tillaux, Terrier, Terrillon) | 663 |
| Persistance des règles à la suite de l'ablation des annexes de l'utérus (MACARIO). (V. <i>Rapport</i> par MONOD) | 31 |
| Photophore clinique. — <i>Présent. d'instr.</i> par JALAGUIER (au nom de M. BONNIER) | 194 |
| Physiologie de la trachée et des bronches (NICAISE). <i>Corresp.</i> | 765 |
| Pièce dentaire avalée et rendue dans les garde-robes treize jours après. — <i>Présent. de pièce</i> par BERGER | 221 |
| Discussion (Le Dentu, Terrier, Périer) | 221 |
| Pied bot. Observation de — osseux varus (LEBER). (V. <i>Rapport</i> par SCHWARTZ.) | 90 |
| Discussion (Championnière, Berger, Quénu, Schwartz, Le Dentu) | 90 |
| — L'intervention chirurgicale dans les cas de — varus et varus équin congénital (ROMNICIANO). <i>Corresp.</i> | 714 |
| Plaies pénétrantes de l'abdomen avec lésion des viscères (BAUDON). <i>Corresp.</i> | 38 |
| — Sur le traitement des — pénétrantes de l'abdomen, et plus particulièrement des blessures de l'intestin par projectiles de petit calibre (balle de revolver) (BERGER). <i>Comm.</i> | 93 |
| — Sur trois cas de — pénétrantes de l'intestin (NÉLATON). <i>Comm.</i> | 100 |
| — Deux observations de — pénétrantes de l'abdomen avec lésions des viscères (BARDON). <i>Comm.</i> | 110 |
| Discussion (Chauvel, Kirmisson, Terrier, Quénu, Berger, Peyrot) | 111 |
| — pénétrante de l'estomac par balle de revolver; blessure de l'artère coronaire stomacique; laparotomie deux heures après l'accident; guérison (JALAGUIER). <i>Comm.</i> | 739 |
| Discussion (Reclus, Championnière, Kirmisson, Quénu, Jalaguier) | 742 |
| Polype naso-pharyngien à prolongements multiples; opération; mort (BOUSQUET). <i>Comm.</i> | 617 |
| Prolapsus du rectum; excision du — (NÉLATON). <i>Comm.</i> | 747 |
| Discussion (Verneuil, Segond, Routier, Le Dentu) | 751 |
| (Verneuil, Delens, Schwartz, Segond, Routier, Nélaton) | 754 |
| Prothèse immédiate appliquée à la résection des maxillaires (MARTIN). <i>Corresp.</i> | 629 |
| Pyélo-néphrite et phlegmon péri-néphrétique avec néphrectomie suivie de guérison (HEURTAUX). <i>Corresp.</i> | 198 |

R

| | |
|--|----|
| Recherche. Contre-indication à la — immédiate des projectiles à la suite des tentatives de suicide par coup de feu dans l'oreille (TACHARD). (V. <i>Rapport</i> par CHAUVEL.) | 59 |
| Discussion (Périer, Schwartz, Terrier, Chauvel, Després) | 62 |

| | Pages. |
|--|--------|
| Rein polykystique; néphrectomie. <i>Présent. de pièce</i> par MONOD. . . . | 593 |
| Réséction ostéoplastique du cou-de-pied, dite opération de Wladimiroff-Mikulicz (CHAPUT). (V. <i>Rapport</i> par BERGER.) | 338 |
| Discussion (Segond, Chauvel, Poncet, Schwartz, Prengreuber, Després, Polaillon, Berger) | 352 |
| (Ollier). | 386 |
| — Un cas de — orthopédique de la hanche pour une luxation pathologique (LAGRANGE). <i>Corresp.</i> | 668 |
| — du rectum (TERRIER). <i>Comm.</i> à propos de procès-verbal. | 693 |
| Restauration, par un procédé spécial, de la cavité buccale après résection du maxillaire supérieur (LEPRÉVOST). (V. <i>Rapport</i> par HORTÉLOUP.) | 549 |
| Discussion (Pozzi) | 551 |
| — de la lèvre inférieure. <i>Présent. de mal.</i> par POLAILLON | 486 |
| Rétrécissement cicatriciel du larynx d'origine syphilitique; trachéotomie datant de cinq ans; dilatation quotidienne, de bas en haut, du rétrécissement pendant six mois par les sondes en caoutchouc durci de Schroetter; guérison (GOUGUENHEIM). <i>Comm.</i> | 403 |
| Discussion (Championnière, Després, Chauvel, Gouguenheim) | 405 |
| — cicatriciel de l'œsophage; gastrotomie suivie de guérison (AUFFRET). <i>Corresp.</i> | 566 |
| — syphilitique du larynx datant de six ans, dilaté avec des bougies. <i>Présent. de mal.</i> par BERGER (au nom de GOUGUENHEIM). | 608 |
| Discussion (Després, Berger) | 608 |
| Rhumatisme musculaire suppuré (BILLOT). <i>Corresp.</i> | 293 |
| Rotule. Fracture de la —. <i>Présent. de mal.</i> par CHAPUT | 63 |
| — Luxation congénitale de la — gauche en dehors, se produisant dans la flexion du genou (CHAVASSE). <i>Corresp.</i> | 255 |
| — Fracture itérative de la —; suture des fragments; guérison. <i>Présent. de mal.</i> par KIRMISSON. | 274 |
| Discussion (Championnière) | 275 |
| — Luxation de la — en dehors (NIMIER). <i>Lect.</i> | 356 |
| — Fractures de la — traitées par la suture. <i>Présent. de mal.</i> par CHAMPIONNIÈRE. | 485 |
| Rupture du tendon du triceps; incision et suture sans drainage; guérison (CHAPUT). <i>Corresp.</i> | 744 |
| — du triceps fémoral; incision; suture; guérison. <i>Présent. de mal.</i> par CHAPUT | 752 |
| — du tendon sous-rotulien gauche dans les premiers jours de janvier 1889; sept mois après l'accident, le 13 juillet, suture du tendon avec la rotule; guérison; mouvements de flexion et d'extension récupérés; la marche est devenue facile (CHIPAULT). <i>Corresp.</i> | 779 |

S

| | |
|---|-----|
| Salpingite. Discussion sur les — (L. Championnière, Le Dentu, Trélat). | 32 |
| Discussion (Routier) | 39 |
| — Double — purulente. <i>Présent. de pièce</i> par RICHELOT | 385 |
| Sarcome. Note sur un — fasciculé de l'utérus, traité par l'hystérectomie (LARGEAU). <i>Corresp.</i> | 530 |

| | Pages. |
|--|--------|
| — du fond de l'utérus. <i>Présent. de pièce</i> par TERRILLON | 667 |
| Discussion (Bouilly) | 668 |
| Sclérodémie. Deux cas de — semi-annulaire (LEPRÉVOST). <i>Corresp.</i> . . | 566 |
| Scorbut. Un cas de — sporadique de forme anormale (LEPRÉVOST). <i>Corresp.</i> | 566 |
| Section à ciel ouvert des deux chefs sternal et claviculaire. Présent. | |
| de mal. par KIRMISSON | 171 |
| — ancienne des tendons et des nerfs de la région antérieure de l'avant- | |
| bras. <i>Présent. de mal.</i> par Pozzi | 786 |
| Discussion (Tillaux). | 786 |
| Sondes. Modèles de — en gomme élastique. <i>Présent d'instr.</i> par HOR- | |
| TELOUP (au nom de MM. RONDEAU, maison DELAMOTTE). | 131 |
| — vissée sur une bougie conductrice, et destinée à faciliter le passage du | |
| bout postérieur au bout antérieur, après l'uréthrotomie externe. <i>Pré-</i> | |
| <i>sent. d'instr.</i> par KIRMISSON | 690 |
| Discussion (Trélat). | 691 |
| Statistique des opérations faites à l'hôpital BICHAT pendant l'année 1888 | |
| (TERRIER). <i>Comm.</i> | 157 |
| Discussion (Terrillon, Championnière, Polaillon, Périer, Terrier) . . | 167 |
| — des opérations pratiquées à l'hôtel-Dieu de Marseille (VILLENEUVE). | |
| <i>Corresp.</i> | 692 |
| — des opérations faites dans le service des baraques à l'hôpital Saint- | |
| Louis, de mai 1887 à mai 1889 (L.-CHAMPIONNIÈRE). <i>Comm.</i> | 636 |
| Suture. Des — perdues dans quelques opérations plastiques; de l'em- | |
| ploi du naphtol dans les pansements (REVERDIN). <i>Corresp.</i> | 255 |
| — complète de la vessie après la taille hypogastrique (discussion : | |
| Schwartz, Championnière) | 327 |
| — tendineuse (PÉRIER. <i>Observat.</i> recueillie par REBOUL). | 671 |
| Synovite de la gaine des fléchisseurs guérie par l'incision. <i>Présent. de</i> | |
| <i>mal.</i> par DELORME | 441 |

T

| | |
|--|-----|
| Taille hypogastrique pour calcul vésical; panniculite suppurée (Mou- | |
| LINGUET). <i>Corresp.</i> | 744 |
| Tarsectomie antérieure totale et partielle dans les cas pathologiques | |
| (CHOBANT). <i>Corresp.</i> | 224 |
| Ténorrhaphie. Note sur un cas de — du tendon de l'extenseur du mé- | |
| dus (SCHWARTZ). <i>Comm.</i> | 665 |
| Discussion (Tillaux, Schwartz) | 666 |
| Testicule. <i>Traité des maladies du testicule et de ses annexes</i> (MONOD | |
| et TERRILLON). <i>Corresp.</i> | 110 |
| Tétanos céphalique avec paralysie faciale à droite; guérison (PERREIRA | |
| GUIMAREZ). <i>Corresp.</i> | 692 |
| — Sur l'origine infectieuse du — des nouveau-nés (LOPE). (V. Rap- | |
| port par RICHELOT). | 696 |
| Discussion (Després, Richelot) | 699 |
| Trajets fistuleux. Cure des — par l'électrolyse (HOUZEL). <i>Corresp.</i> . . | 256 |
| Trépanation du bassin comme traitement de la psôte (CONDAMIN et | |
| GANGOLPHE). <i>Corresp.</i> | 744 |
| Tumeur de la queue du sourcil, d'origine traumatique, prise pour une | |
| tumeur dermoïde (LARGER). <i>Comm.</i> | 88 |

| | Pages. |
|---|--------|
| — dermoïdes de la région sacro-coccygienne et de la région sus-hyoïdienne (MASSE et CHAVASSE). (V. <i>Rapport</i> par KIRMISSON). | 147 |
| Discussion (Lannelongue, Quénu, Trélat, Kirmisson). | 150 |
| — constituée par le rein droit kystique contenant une quantité considérable de sang altéré. <i>Présent. de pièce</i> par CHAMPIONNIÈRE. | 196 |
| — épithéliale propagée au cæcum (MICAUD). <i>Lect.</i> | 547 |
| — de l'orbite. <i>Présent. de pièce</i> par MONOD. | 593 |
| Discussion (Trélat, Després, Marchand, Monod). | 593 |
| — Deux cas de — suppurée de l'utérus (POISSON). <i>Corresp.</i> | 648 |
| — volumineuse de la région fessière; hernie de l'ovaire; opération (CHÉ- NIEUX). <i>Corresp.</i> | 753 |

U

| | |
|---|-----|
| Urètre. Rupture de l'— (CHAPUT). (V. <i>Rapport</i> par TILLAUX). . . . | 202 |
| Urèthre. Rupture complète de la membrane de l'— par chute à califourchon (BOUSQUET). <i>Corresp.</i> | 147 |
| — Section complète de l'— et des téguments du pénis par une ficelle; réparation de la difformité par deux opérations autoplastiques; guérison. <i>Présent. de mal.</i> par LE DENTU. | 195 |
| — Suture primitive et suture secondaire de l'— et du périnée à la suite de l'uréthrotomie externe (KIRMISSON). <i>Comm.</i> | 287 |
| — Restauration du canal de l'— chez la femme (POLAILLON). <i>Comm.</i> . | 708 |
| Utérus. Mensuration de l'—. <i>Présent. d'instr.</i> par POLAILLON | 35 |
| — Tumeur fibreuse de l'utérus. <i>Présent. de pièce</i> par CHAMPIONNIÈRE. . | 196 |
| — Énorme corps fibreux de l'— intra-ligamentaire; décortication; hystérectomie supra-vaginale; plaie étendue de la vessie, suturée complètement. <i>Présent. de pièce</i> par Pozzi | 786 |

V

| | |
|--|-----|
| Ventre-fixation pour rétroversion utérine douloureuse (TERRIER). <i>Comm.</i> | 46 |
| Discussion (Routier, Després, Championnière, Trélat, Terrier) . . . | 54 |
| — Sur un cas de — ou utéropexie (POLAILLON). <i>Comm.</i> | 66 |
| Discussion (Terrier, Pozzi, Championnière, Terrillon, Trélat, Polail- lon) | 69 |
| — de l'utérus sans laparotomie (ASSAKY, à propos du procès-verbal). . | 729 |
| Discussion (Pozzi, Terrier) | 730 |
| Verge. Productions cornées du fourreau de la — chez un garçon de dix ans; amputation par le couteau galvanique; guérison (FÉLIX et STOCQUART). <i>Corresp.</i> | 386 |
| Vie. Étude sur la valeur des différents moyens propres à déterminer l'âge de la — intra-utérine au moment de la naissance (BOUILLET). <i>Corresp.</i> | 132 |
| Voies urinaires. Leçons cliniques sur les maladies des — (traduction par JAMIN, d'après Henry THOMPSON). <i>Corresp.</i> | 321 |



TABLE DES AUTEURS

A

Albert (de Vienne), 357, 765.
 Amat, 729.
 Anagnostakis (d'Athènes), 648.
 Añger, 151, 255, 320, 561, 594, 609,
 690, 729.
 Assaky (de Bucarest), 35, 729.
 Auffret, 35, 566.

B

Baïcau (de Bucarest), 396.
 Ballenghien, 649.
 Baniot (de Montpellier), 647.
 Barthélemy (de Tunis), 423.
 Baudon (de Nice), 38, 110.
 Bazy, 292, 669, 762.
 Bec (de Mezel), 423.
 Beck (de Berne), 488.
 Bergé, 226.
 Berger, 65, 90, 93, 113, 141, 180, 187,
 221, 231, 322, 338, 355, 384, 517,
 568, 590, 608, 609, 646, 684, 713,
 731, 744, 747, 752, 777, 779.
 Bernardy (de Tunis), 423.
 Berthelot, 172.
 Berthomier (de Moulins), 110.
 Bœckel, 276, 358, 384.

Bonnier, 194.
 Bouchut, 64.
 Bouillet (de Béziers), 132.
 Bouilly, 215, 220, 254, 258, 293, 305,
 419, 495, 668, 705, 762, 772, 773.
 Boursier, 650.
 Bousquet (de Clermont-Ferrand), 147,
 586, 617.
 Broca, 445.
 Brun, 255, 465, 583, 728, 777.

C

Carlier, 586.
 Ceccherelli, 292.
 Cellier (de Laval), 467, 491.
 Chabaut (de Lyon), 224, 255.
 Championnière, 32, 38, 54, 65, 69, 82,
 90, 130, 141, 167, 173, 181, 196,
 253, 276, 287, 311, 325, 328, 390,
 397, 405, 446, 470, 485, 494, 540,
 554, 561, 570, 584, 585, 623, 625,
 627, 629, 737, 742, 743, 771, 772,
 779.
 Chaput, 63, 202, 220, 292, 338, 609,
 692, 744, 752.
 Champouillon, 292.
 Charvot, 35, 293.
 Chauvel, 57, 59, 62, 111, 131, 146,
 199, 201, 240, 255, 336, 353, 395,
 405, 423, 468, 565, 586, 609, 647,
 664, 673, 787.

Chavasse, 147, 256, 321.
 Chavernac, 386, 713.
 Chénieux (de Limoges), 586, 753.
 Chibret (de Clermont-Ferrand), 336.
 Chiene, 35.
 Chipault (d'Orléans), 779.
 Combaud (de Sancerre), 668.
 Condamin (de Lyon), 744.
 Créquy, 762.

D

Danion, 470.
 Darde, 38, 199.
 Defontaine, 35, 172, 453, 456, 466,
 650.
 Delagenière, 436.
 Delbet, 618.
 Del Castillo-Quartissellerz, 255.
 Delens, 78, 305, 752, 757, 775.
 Delorme, 443, 583.
 Després, 54, 62, 64, 83, 129, 143, 226,
 253, 354, 393, 405, 427, 428, 444,
 494, 503, 608, 614, 616, 631, 655,
 663, 684, 699, 705, 713, 739.
 Donders, 276.
 Dubar, 35.
 Dumas, 630.
 Duret (de Lille), 668.

E

Ebrard, 713.
 Ehrmann (de Mulhouse), 650, 655, 669.
 Esmarch, 752.

F

Félix (de Bruxelles), 386.
 Forest-Willard (de), 647.
 Forgue, 528.

G

Gaillard (de Parthenay), 71.
 Gangolphe (de Lyon), 744.
 Gauron (de Pont-Saint-Maxence), 357.

Gellé (de Provins), 648, 779.
 Gerry-Bonne, 198.
 Gnist, 201.
 Gouguenheim, 403, 405, 608.
 Gripot, 201.
 Gross (de Nancy), 650.
 Gruget, 729.
 Guéniot, 218, 220, 423, 428, 625.
 Guermontprez, 647, 649.
 Guert, 648.

H

Hache, 35.
 Hallé, 551.
 Hartmann, 445.
 Heryng (de Varsovie), 669, 692.
 Heurtaux (de Nantes), 198, 314.
 Horteloup, 131, 182, 509, 549, 566,
 609.
 Houzel (de Boulogne-sur-Mer), 256.
 Humbert, 737.

J

Jaboulay (de Lyon), 356.
 Jacobi (de New-York), 110.
 Jemain, 445.
 Jalaguier, 194, 214, 222, 225, 293, 323,
 356, 739, 743, 744, 752, 775.
 Jamin, 175, 321.
 José Díaz Benito J. Angulo (de Ma-
 drid), 78.

K

Kirmisson, 78, 83, 111, 116, 140, 147,
 151, 171, 274, 287, 303, 395, 442,
 498, 562, 565, 569, 533, 616, 627,
 629, 631, 635, 636, 650, 690, 705,
 728, 742, 752, 779.

L

Lagrange (de Bordeaux), 650, 668,
 670, 753, 765, 779.

Laguaitte (de Lyon), 356.
 Lannelongue, 72, 76, 108, 150, 151, 168.
 Larabrie (De) (de Nantes), 630.
 Lardier (de Rambervilliers), 744.
 Largeau (de Niort), 530.
 Larger, 88, 466.
 Latouche (d'Autun), 132, 208.
 Lebec, 35, 90.
 Le Clerc (de Saint-Lô), 566.
 Le Dentu, 32, 33, 90, 183, 195, 219, 221, 275, 386, 395, 505, 506, 585, 630, 648, 670, 703, 751, 777, 784.
 Le Fort, 746, 752, 777.
 Lenger (de Liège), 356.
 Leprévost (du Havre), 110, 279, 484, 549, 566, 598, 609.
 Leroy (de Villiers-le-Bel), 38.
 Lévi, 713.
 Lewis Stimson, 753.
 Lope (de Marseille), 357, 696.

M

Macario (de Nice), 31, 547.
 Marchand, 145, 193, 219, 292, 306, 593, 636, 668, 753, 765, 779, 787.
 Martel (de Saint-Malo), 272.
 Martin (de Genève), 583.
 Martin (de Lyon), 629, 630.
 Martinet, 151.
 Masse (de Bordeaux), 147.
 Michaux, 171, 236, 547.
 Minnich, 292.
 Monod, 31, 63, 110, 306, 321, 356, 394, 396, 572, 585, 592, 593, 609, 728, 744, 787.
 Moulinguet (d'Amiens), 644.
 Moure (de Bordeaux), 669.

N

Nélaton, 100, 115, 116, 747, 761.
 Nepveu, 35.
 Neugebauer (de Varsovie), 647.
 Nicaise, 387, 394, 395, 509, 590, 663, 692, 765, 787.
 Nicolle, 586.
 Nimier, 57, 336, 356, 586, 598, 609.

O

Ollier, 357, 382, 386, 297, 393, 441.
 Onimus, 566, 630.
 Ovion, 35.

P

Page, 199.
 Patein, 321.
 Patin (de Boulogne-sur-Mer), 673.
 Patoureaux (de Nantes), 744.
 Péan, 444.
 Pereira Guimarez, 38, 692.
 Périer, 62, 141, 167, 222, 422, 484, 487, 566, 627, 671.
 Peyrot, 76, 114, 655, 664, 775, 777, 785.
 Picqué, 292, 650.
 Piéchaud (de Bordeaux), 38, 598, 609.
 Pluyette (de Marseille), 509.
 Poisson, 449, 648, 729.
 Polaillon, 35, 66, 69, 146, 167, 235, 355, 441, 486, 540, 625, 708, 752, 781.
 Poncet (de Lyon), 354.
 Pousson, 224, 631.
 Pozzi, 69, 276, 295, 305, 315, 330, 427, 448, 551, 554, 555, 569, 584, 586, 648, 684, 730, 752, 753, 771, 777, 784, 986.
 Prengreuer, 354, 650, 723, 783.
 Psaltoff (de Smyrne), 31.

Q

Quénu, 76, 90, 113, 150, 182, 254, 295, 318, 323, 383, 385, 395, 487, 513, 528, 706, 724, 727, 736, 743, 771, 777, 781, 783.

R

Raugé, 357.
 Reboul, 671.

Reclus, 109, 132, 142, 157, 182, 240, 308, 322, 383, 428, 509, 655, 706, 714, 737, 742, 753, 787.
 Reverdin (de Genève), 255.
 Reynier, 505, 618, 729.
 Richelot, 254, 268, 276, 298, 305, 385, 390, 584, 696, 699, 744, 765, 773, 787.
 Robert, 650.
 Röhmer (de Nancy), 31, 598, 609, 650.
 Romnicio, 467, 713.
 Routier, 39, 54, 71, 129, 174, 192, 305, 324, 423, 456, 507, 616, 636, 676, 684, 707, 727, 751, 753, 761, 779.
 Roux (de Lausanne), 572, 648.

S

Schmit, 338, 609.
 Schwartz, 62, 90, 241, 254, 305, 323, 327, 354, 456, 493, 509, 583, 617, 665, 686, 669, 758, 787.
 Sée, 116, 239, 384, 394, 585, 684, 747.
 Segond, 144, 175, 183, 186, 233, 279, 309, 317, 324, 327, 352, 380, 424, 499, 751, 758, 777.
 Soubotitch (de Belgrade), 647.
 Stocquart (de Bruxelles), 386.

T

Tachard, 59, 146, 255, 468, 775.

Témoin, 222.

Terrier, 46, 54, 62, 69, 83, 113, 116, 130, 189, 143, 157, 181, 186, 213, 221, 240, 277, 279, 287, 295, 393, 394, 395, 436, 441, 445, 448, 449, 456, 465, 495, 509, 513, 548, 551, 555, 625, 663, 664, 693, 706, 725, 730, 738, 787.
 Terrillon, 69, 110, 117, 130, 167, 208, 227, 278, 286, 324, 356, 405, 445, 457, 465, 485, 535, 555, 561, 569, 616, 656, 663, 667, 672, 699, 706, 764.
 Testut, 276, 330.
 Tillaux, 202, 305, 386, 526, 566, 572, 635, 636, 663, 664, 666, 728, 772, 775, 782, 786.
 Trélat, 32, 38, 54, 64, 69, 76, 142, 151, 153, 157, 256, 263, 278, 279, 325, 397, 468, 485, 491, 495, 514, 593, 691, 729, 743, 772, 784, 785.
 Tripiet, 35, 713.
 Truffier, 650, 743.

V

Valladarès (de Rio-de-Janeiro), 115.
 Valade, 713.
 Vautrin (de Nancy), 131, 650.
 Verneuil, 116, 725, 750, 754, 761.
 Vidal (de Grasse), 110.
 Villeneuve (de Marseille), 692.

Le Gérant : G. MASSON